



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

**El “Yo” desde la Psicoterapia Analítica Funcional como un factor
transdiagnóstico de los problemas psicológicos**

Trabajo Fin de Máster
Máster de Investigación en Ciencias del Comportamiento
Convocatoria junio 2020

Autora:
Ana María González Palma

Director:
Dr. José Manuel García Montes

Índice

Resumen/Abstract	2
Introducción	3
Método	11
Participantes	12
Variables e instrumentos	12
Procedimiento	13
Análisis de datos	13
Resultados	14
Discusión	22
Referencias	25
Anexos	28

Resumen

Desde la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) se presenta una teoría conductual de la formación del Yo y se plantean los problemas del “Yo” como un factor común o transdiagnóstico de una diversidad de problemas psicológicos. Para ayudar a confirmar esta hipótesis transdiagnóstica el presente trabajo tiene dos objetivos: Primero, conocer la relación entre la experiencia del “Yo” y diferente sintomatología psicopatológica y segundo, comprobar si esta sintomatología puede ser explicada por la experiencia del Yo y otras variables sociodemográficas como la edad y el sexo. Los participantes del estudio han sido 280 personas españolas mayores de edad que han respondido de forma telemática a los cuestionarios utilizados. Los resultados mostraron que existía una relación directa entre la experiencia del “Yo” y la sintomatología psicopatológica, con lo cual, a mayores problemas en la experiencia del Yo, mayores son los síntomas presentes. Asimismo, se comprobó que la experiencia del “Yo” junto principalmente con la edad, ayudan a explicar la sintomatología psicopatológica de los participantes.

Palabras claves: Yo, psicoterapia analítica funcional, transdiagnóstico, problemas psicológicos.

Abstract

The Functional Analytic Psychotherapy (FAP) presents a behavioral theory of the formation of the “Self” and the problems of the “Self” are raised as a common or transdiagnostic factor to a diversity of psychopathological problems. To help confirm this transdiagnostic hypothesis, the present work has two objectives: First, to know the relation between the experience of the “Self” and different psychopathological symptoms and second, to prove if this symptomatology can be explained by the experience of the “Self” and other sociodemographic variables such as age and sex. The participants in the study were 280 Spanish adults who responded to the questionnaires used. The results showed that there was a direct relation between the experience of the “Self” and the psychopathological symptoms, so that the greater the problems in the experience of the “Self”, the greater the symptoms present. Likewise, it was proved that the experience of the “Self” and the age, help to explain the psychopathological symptomatology of the participants.

Keywords: Self, Functional Analytic Psychotherapy, transdiagnostic, psychopathological problems.

El “Yo” desde la Psicoterapia Analítica Funcional como un factor transdiagnóstico de los problemas psicológicos

A nivel clínico las situaciones que evidencian la importancia del “Yo” son diversas como, por ejemplo, personas que llegan a consulta y expresan ideas del tipo “no sé quién soy”, “no soy yo mismo”, “no me siento yo”, “me siento vacío”, etc., siendo el foco de sus problemas personales. Parece obvio que desde la Psicología se ha abordado el estudio del fenómeno del “Yo”, su formación y los problemas derivados.

Desde el conductismo radical, Skinner (1953, 1977) no les otorga relevancia a los conceptos “Yo”, consciencia o personalidad ya que considera que son términos mentalistas y subjetivos, proponiendo a su vez que no es necesario un concepto del “Yo” para explicar las conductas de los individuos. Sostiene que desde antaño se ha producido un proceso de atribución causal de nuestro comportamiento a una instancia interna, es decir al “Yo” o a la personalidad, al desconocer las variables externas que son causas de la conducta. Pero para Skinner esta atribución causal no justifica cuando una persona se comporta de forma inconsistente a su “Yo” o su personalidad y defiende que la persona es *“un sistema de respuestas funcionalmente unificado”* controlado por su historia personal y por la triple contingencia (antecedente-conducta-consecuencia), lo que explicaría las contradicciones o incongruencias en el comportamiento. Cabe destacar que Skinner se oponía al dualismo entre eventos públicos y eventos privados y defendía aplicar las leyes generales de la conducta a ambos. Así, las conductas privadas, como pensar o sentir, pueden funcionar como discriminativos (ej. las reglas verbales privadas), respuestas o reforzadores. Por tanto, los eventos privados nos pueden ayudar a modificar otras conductas o bien ser la conducta para modificar. Por otro lado, Skinner en su obra “Conducta Verbal” (Skinner, 1957) realiza un análisis funcional del lenguaje según la perspectiva de la triple contingencia. El origen del “Yo” lo atribuye a, primero, un proceso donde el niño discrimina su propio cuerpo del resto de cosas y, segundo, a la comunidad verbal al realizar preguntas al niño sobre su comportamiento y donde él va realizando autodescripciones. Skinner precisa en su otra obra “Sobre el conductismo” (Skinner, 1974) que *“en realidad lo que se evita es cualquier forma de animismo o mentalismo, pero sin negar el estudio y explicación de los eventos privados”*.

Por otra parte, en los años 90 surgen las llamadas terapias de tercera generación (Hayes, 2004; Pérez-Álvarez, 2014) que tras la concepción de las terapias cognitivas recuperan el conductismo radical de Skinner y su teoría funcional del lenguaje. Sin

embargo, estas terapias como, por ejemplo, la terapia de aceptación y compromiso (ACT; Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2001) y la psicoterapia analítica funcional (FAP; Kohlenberg y Tsai, 1987, 1991; Tsai et al., 2009) se interesan e investigan desde su enfoque conductista-contextual el “Yo”, otorgándole así importancia. De esta manera, ACT basándose en su teoría de los marcos relacionales (RFT; Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2001) plantea tres dimensiones del “Yo”: “Yo” contenido, “Yo” como proceso y “Yo” como contexto (Wilson y Luciano, 2002). El “Yo” contenido se refiere a la equivalencia funcional entre “Yo” y los eventos privados, es decir, cuando la persona se identifica con sus pensamientos o emociones; el “Yo” como proceso hace referencia a la autoconciencia del aquí y ahora y de nuestros eventos privados y el “Yo” como contexto hace referencia a la perspectiva y es en donde se enmarca las otras dos dimensiones del “Yo”. Por otro lado, siendo complementaría a la propuesta de ACT, FAP desarrolla una teoría de la formación del “Yo” de carácter verbal y social como la antítesis a una formulación del “Yo” como una entidad o cosa que explique nuestra conducta. En esta teoría conductual de la formación del “Yo”, Kohlenberg y Tsai (1991, 2001) manifiestan que desde una edad muy temprana el niño aprende por etapas esta experiencia. Así, el “Yo” queda condicionado por las experiencias tempranas y el contexto social del niño, explicando de este modo las diferencias entre las distintas personas. Para esta teoría los autores se basaron, además de en su propia experiencia clínica, en los trabajos de Skinner (1953, 1974) sobre el análisis del “Yo” y sobre la adquisición del lenguaje (Skinner, 1957).

La Psicoterapia Analítica Funcional

Dentro de la llamada tercera generación de terapias surge la Psicoterapia Analítica Funcional por Kohlenberg y Tsai (1991). Esta terapia pone el énfasis en la relación terapéutica como principal motor de cambio, ya que considera que lo que ocurre dentro de la sesión tiene equivalencia funcional con lo que ocurre en la vida de la persona. Así, analiza funcionalmente las conductas de la persona y del psicólogo para modificar directamente en la sesión, aquí y ahora las conductas problema. Para FAP existen tres tipos de conductas clínicamente relevantes (CCRs) que se trabajan en terapia: conductas que ocurren en sesión que son un problema en la vida de la persona (CCR1) y que se buscan disminuir, conductas en sesión que suponen una mejoría para la persona (CCR2) por lo que se busca su aumento y, por último, las interpretaciones de la persona sobre su propia conducta (CCR3) para garantizar la generalización de las mejorías en su vida. Esta

terapia trabaja a partir de 5 reglas terapéuticas: Observar las CCRs (Regla 1), evocar las CCR (Regla 2), reforzar de forma natural las CCR2 (Regla 3), observar los efectos del reforzamiento del psicólogo (Regla 4) y promover las explicaciones funcionales (Regla 5). Además, esta terapia se puede combinar con otros enfoques siempre y cuando no se pierda su fundamento teórico. Asimismo, como se ha comentado, otra aportación importante de FAP es su formulación sobre la formación del “Yo”.

La formación del “Yo” desde FAP

En su teoría, Kohlenberg y Tsai (1991, 2001) explican que para que se dé un informe verbal es necesario un estímulo discriminativo, un tacto o respuesta verbal de otro tipo y unas consecuencias de reforzamiento. Por ejemplo, cuando aparece un perro, el niño dice “perro” y sus padres le refuerzan con una sonrisa y diciéndole “sí, es un perro”. Con lo cual, tras la historia de aprendizaje de reforzamiento, la palabra “perro” se encuentra bajo control del estímulo perro. En este ejemplo, observamos también que los padres para reforzar el informe verbal se basan en elementos públicos presentes en la situación como son la orientación y perspectiva del niño hacia el perro. Pero existe además una estimulación privada en el propio niño (por ejemplo, la experiencia de ver al perro) que también queda reforzada.

Siguiendo esta teoría, explican que el informe verbal “Yo” no se adquiere como una unidad independiente, sino que surge de la inferencia en el aprendizaje de construcciones verbales más largas aprendidas previamente y que contienen la palabra “Yo”. Asimismo, cuando la palabra “Yo” surge como unidad independiente, el control de su aparición se transfiere de estímulos públicos (de los padres) a estímulos privados (del niño). Esta transición llevaba a cabo por los padres o cuidadores es un entrenamiento socio-verbal que ocurre durante la edad temprana del niño (de 6 meses a 2 años y medio). En este entrenamiento el papel de los padres es crucial y no exento de obstáculos, ya que la estimulación pública es fácil de entrenar al ser evidente pero los estímulos privados como la experiencia de “querer algo” o “imaginar” no son visibles y deben basarse en claves externas para detectarlos. Kohlenberg y Tsai (1991, 2001), en su teoría de la formación del “Yo”, hablan de 3 etapas para la emergencia del “Yo” como unidad independiente.

Etapas de emergencia del “Yo”

En la Etapa I, el niño aprende unidades pequeñas del lenguaje como “agua” o “mamá”, junto con unidades más grandes que incluyen el “Yo” como, por ejemplo, “Yo quiero agua” o “Yo quiero mamá” (Figura 1). Es importante señalar que el niño no aprende estas unidades como palabras independientes que él mismo va uniendo, sino como un todo, es decir, como unidades funcionales. Este tipo de aprendizaje por unidades funcionales se ha comprobado en las observaciones de niños de entre 18 meses y 3 años (Cooley, 1908; Fraiberg, 1977; Peters, 1983). Además, estas unidades funcionales estarían controladas por la experiencia privada del niño, por ejemplo, la experiencia privada de “querer agua”. Así, para su aprendizaje los padres necesitan usar estímulos discriminativos de carácter público para descifrar la experiencia privada del niño. Es decir, los padres tienen que detectar a partir de estímulos públicos (como por ejemplo que el niño mire y señale hacia el agua), la experiencia privada del niño de “querer agua”.

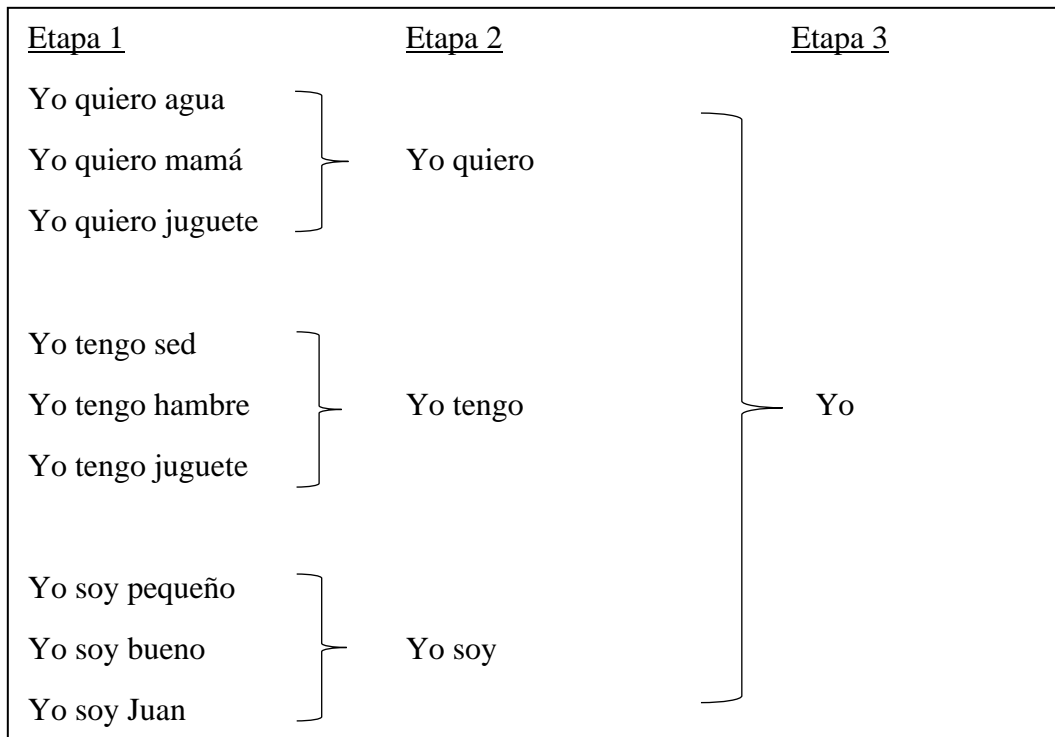
En la Etapa II emergen unidades funcionales más pequeñas al separar el elemento común de las unidades funcionales aprendidas en la fase anterior (Figura 1). Por ejemplo, tras aprender múltiples unidades del tipo “Yo quiero agua”, “Yo quiero mamá”, “Yo quiero comida” o “Yo quiero juguete”, aprende el elemento común “Yo quiero” como una unidad independiente. En este caso, la unidad funcional “Yo quiero” debería de estar controlada por el estímulo privado de querer. Un aspecto fundamental en esta etapa es que el niño aprenda a diferenciar y distinguir entre ellos los diferentes tipos de conducta como “querer”, “tener” o “ser”. Pero dentro de estas distinciones hay discriminaciones más sutiles o difíciles como, por ejemplo, diferenciar entre “ver” e “imaginar” o entre “desear” y “ver” donde los padres tienen que estar más atentos para su entrenamiento siendo también importante la veracidad que estos dan a los informes verbales del niño en las situaciones que ellos no han estado presentes. Asimismo, en esta etapa el niño puede combinar las diferentes unidades funcionales aprendidas (“yo quiero”, “yo tengo”, “yo soy” ...) con diversos objetos y acciones, formando así frases que hasta entonces no había expresado.

En la Etapa III es cuando emerge la unidad más pequeña “Yo” al ser el único elemento presente en todas las unidades funcionales de la etapa anterior como, por ejemplo, “Yo quiero”, “Yo soy” o “Yo tengo” (Figura 1). Esta unidad “Yo” está bajo control del estímulo privado de la localización física de la perspectiva, es decir, del lugar desde el que se realiza la acción de “querer”, “tener” o “ser”. Al llegar a esta etapa vemos que el “Yo” se forma como un concepto verbal a través del aprendizaje de frases con

autorreferencias reforzadas socialmente. De ahí su carácter verbal y social referidos anteriormente.

Figura 1.

Etapas de la emergencia del “Yo”



Sin embargo, si el contexto de aprendizaje del niño no es el adecuado se produce un desarrollo desadaptativo del “Yo” que daría lugar a una falta de control privado de las unidades funcionales “Yo X”.

Cómo se altera la formación del “Yo”

La clave para un “Yo” bien desarrollado es la transición del control público de las respuestas “Yo X” a un control privado. De este modo, si se ha llevado a cabo un desarrollo normal o *no patológico*, se consigue poner bajo control privado del niño las experiencias “Yo-x”, por lo que, cuando él diga “Yo quiero”, “Yo siento”, etc., es cuando el niño realmente quiere, siente, etc. En este caso, los padres han llevado bien el entrenamiento y han tenido suficiente habilidad para discriminar la actividad privada del niño.

Sin embargo, puede ocurrir que este entrenamiento por parte de los padres sea diferente y un número de respuestas “Yo x” queden bajo control público, quedando sin determinar correctamente los estímulos privados de las experiencias personales o necesidades. Este entrenamiento alterado podría ser el caso de padres que no refuercen o incluso critiquen los informes del niño bajo control de estímulos privados y queden reforzadas las respuestas bajo control público. Por ejemplo, si aparece un perro y el niño dice “Veo a un perro” pero cuando los padres miran, el perro ya no está y le dicen “No has visto ningún perro, no hay ninguno”. O si el niño se cae y va llorando a sus padres y les dice “Me duele mucho” y los padres para calmarlo le dicen “No llores más, eso no duele”. En estos casos, no se consigue realizar correctamente la transición del control público al control privado de las respuestas “Yo x”. Así, según el número de respuestas que sean transferidas, será el grado de severidad del problema del “Yo”. Teniendo en cuenta esto, Kohlenberg y Tsai (1991, 2001) hacen una distinción entre trastornos leves del “Yo” y trastornos graves del “Yo”.

Trastornos del “Yo”

La diferencia principal entre los trastornos graves del “Yo” y los trastornos leves del “Yo” reside en la cantidad y tipo de respuestas “Yo X” que se encuentran bajo control privado. Por lo que, si nos imaginamos un continuo de trastornos del “Yo”, en un extremo nos encontraríamos con los trastornos leves o moderados del “Yo” y en el otro extremo los trastornos graves del “Yo”.

Según Kohlenberg y Tsai (1991), los trastornos leves o moderados del “Yo” se caracterizan por un control estimular privado insuficiente de las respuestas “Yo X” (por ejemplo, “Yo quiero”, “Yo tengo”, “Yo veo”, etc.), es decir, algunas de las experiencias del “Yo” están controladas por estímulos públicos. Así, el problema reside en que lo que siente, opina, necesita o desea esa persona se encuentra a merced de las otras personas que estén presentes en la situación. Hay tres tipos de trastornos leves o moderados del “Yo”: el “Yo inseguro”, el “Yo inestable” y el “Yo” con dificultades para la creatividad y la espontaneidad. Cuando hablamos de “Yo Inseguro” nos referimos a personas que tienen dificultades a la hora de saber lo que sienten, quieren o piensan y necesitan de estímulos públicos evidentes para saberlo. En ocasiones, su experiencia del “Yo” estará controlada por quién esté presente, convirtiéndose estas personas en estímulos discriminativos de inseguridad. En estos casos, el entrenamiento de las unidades

funcionales “Yo X” se ha realizado bajo las necesidades o deseos de los padres/cuidadores y se ha creado una discriminación condicional en la que el niño quiere o desea algo cuando está presente el estímulo privado de querer algo y el estímulo público de que la madre quiera eso. Así, nos encontramos a personas que cuando están con amigos o pareja y le preguntan “¿a dónde quiere que vayamos?”, se sentirá inseguro y les contestará “no sé, ¿dónde quieres ir tú?”, ya que necesita de la estimulación pública para poder dar una respuesta.

Por otro lado, un “Yo inestable” corresponde a personas que son muy susceptibles a las opinión o crítica de los otros y sus relaciones de intimidad son más bien escasas, ya que le produce mucho sufrimiento. En este caso, las unidades funcionales “Yo pienso” son las que están relacionadas con estos problemas y en su entrenamiento solo han sido reforzadas las unidades que coincidían con la de los padres e incluso las que diferían han sido castigadas. Así, la persona siente que tras una crítica debe de asumir todos los “Yo X” de quién ha realizado esta crítica, por lo que percibe la vida de forma caótica e inestable.

En tercer lugar, tenemos las dificultades para la creatividad y la espontaneidad. Las conductas creativas y espontáneas pertenecen a la misma clase de respuesta que las conductas de tipo grosero, obsceno o inusual, las cuales son rechazadas frecuentemente por los demás. Por lo que es común que estas conductas sean castigadas y reprimidas por los padres o cuidadores quedando castigadas a su vez las respuestas creativas y espontáneas. O incluso, puede haber ocasiones que los padres castiguen las respuestas creativas y espontáneas como tal. Por ejemplo, cuando el niño da su opinión los padres, lo callan. Así, se limita la espontaneidad o creatividad en presencia de la estimulación pública.

Los trastornos leves del “Yo” no se dan de forma excluyente y pueden presentarse en la misma persona. En contexto clínico, los ejemplos o casos de trastornos leves del “Yo” son numerosos y se consideran como un factor transdiagnóstico de diferentes trastornos descritos topográficamente (Valero-Aguayo y Ferro-García, 2015; Ferro-García y Valero-Aguayo, 2017).

Siguiendo la misma teoría de Kohlenberg y Tsai (1991), los trastornos graves del “Yo” se producen cuando un gran número de respuestas “Yo X” están controladas públicamente, por lo que, existe una ausencia o pérdida del control privado del “Yo” y la

experiencia de la persona depende de quienes estén presente en la situación. En estos casos, el origen lo encontramos en ambientes invalidantes con padres inestables emocionalmente y reforzamientos volubles a esta inestabilidad. Por ejemplo, niños que cuando expresan que quieren algo son reforzados intermitentemente por sus padres según su estado de humor. Estos trastornos graves del “Yo” explican los trastornos de personalidad límite, narcisista y múltiple (Kohlenberg y Tsai, 1991; Kohlenberg et al., 2009) y podrán considerarse un elemento común o transdiagnóstico de estos trastornos (Valero-Aguayo y Ferro-García, 2015; Ferro-García y Valero-Aguayo, 2017)

Factores Transdiagnósticos

En el campo de la psicología clínica el término *transdiagnóstico* apareció por primera vez en el estudio de los trastornos alimentarios de Fairburn, Cooper y Shafran (2003) donde planteaban cuatro procesos comunes mantenedores de estos trastornos: el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, la intolerancia emocional y las dificultades interpersonales. Al igual que sugieren una evolución temporal transdiagnóstica en la cual se suele comenzar con la anorexia nerviosa y se avanza hacia la bulimia nerviosa. Destaca a su vez en la investigación transdiagnóstica el trabajo de Barlow, Allen y Choate (2004) con su teoría y tratamiento unificado para los trastornos emocionales los cuales recogen a los trastornos depresivos y de ansiedad. Estos autores señalan cuatro principios transdiagnósticos para estos trastornos que son la evitación, la atención autofocalizada, la percepción de incontrolabilidad y la tendencia a la acción.

Así podemos observar que el enfoque transdiagnóstico busca los procesos o dimensiones cognitivas y conductuales generales que causan o mantienen a los trastornos psicológicos (Sandín, Chorot y Valiente, 2012). Este enfoque surge como alternativa a la crisis del enfoque categorial de los sistemas de diagnóstico (DSM, CIE) y a la alta prevalencia de comorbilidad entre los trastornos psicológicos debido a su uso. Por ejemplo, más del 50% de los diagnósticos primarios de depresión presentan a su vez un diagnóstico de ansiedad y repitiéndose el mismo porcentaje de forma inversa, siendo alta la comorbilidad entre síntomas ansiosos y síntomas depresivos (Mineka, Watson y Clark, 1998; Sandín, Chorot, Valiente y Chorpita, 2010). Esta crisis de los sistemas diagnósticos toma relevancia especialmente desde que el Instituto Nacional de Salud Mental de EE. UU. (NIHM por sus siglas en inglés) declaró en 2013 que no utilizaría más los criterios diagnósticos de estos sistemas debido a la falta de validez (Insel, 2013). Desde entonces, el número de investigaciones apoyando la alternativa transdiagnóstica ha crecido sin

parar, a pesar de sus limitaciones (Pérez-Álvarez, 2019). Dentro de la investigación de las terapias contextuales se han sugerido ciertos factores transdiagnósticos como base de los problemas psicológicos (Pérez-Álvarez, 2012, 2014), por lo que a nivel clínico su intervención está dirigida hacia estos factores y no hacia la forma del problema o de la conducta clínica. Así, estas terapias han planteado la evitación experiencial (Hayes et al., 1999), la regulación emocional (Linehan, 2003) o concretamente desde FAP se plantean los problemas en las relaciones de intimidad y los problemas en la formación del “Yo” (Ferro-García y Valero-Aguayo, 2017). En esta línea encontramos diferentes estudios de FAP que apoyan la hipótesis transdiagnóstica de los problemas del “Yo” con intervenciones directas en estos problemas (Kohlenberg y Tsai, 2000; Kanter, Parker y Kohlenberg, 2006; Ferro-García, López-Bermúdez y Valero-Aguayo, 2012; Reyes, Vargas y Tena 2015).

Sin embargo, a pesar de estas evidencias del carácter transdiagnóstico de los problemas en la formación del “Yo” y de su implicación en los trastornos de personalidad, apenas se ha estudiado su relación con otros problemas psicológicos de alta prevalencia como son los trastornos de ansiedad o del estado del ánimo. Tal y como comentan Ferro-García y Valero-Aguayo (2017) “esta formación del “Yo” de carácter verbal y social sigue siendo una hipótesis, como variable común a otros problemas”.

Por lo anteriormente comentado, en el presente trabajo se pretende confirmar el carácter transdiagnóstico de los problemas del “Yo”. Así, nuestro estudio tiene dos objetivos: Primero, comprobar si existe relación entre la experiencia del “Yo” y otros problemas psicológicos, concretamente con diferente sintomatología psicopatológica. Y segundo, comprobar si la experiencia del “Yo” junto con otras variables demográficas tiene capacidad para predecir la sintomatología psicopatológica. En base a estos objetivos, esperamos encontrar que exista relación entre la experiencia del “Yo” y la sintomatología psicopatológica, por lo que, esperamos que las personas con mayores puntuaciones en problemas del “Yo” tengan mayores puntuaciones en sintomatología psicopatológica. Por otro lado, se espera que la sintomatología psicopatológica pueda ser predicha por la experiencia del “Yo”.

Método

Participantes

En el estudio participaron 280 personas españolas con edades comprendidas entre los 18 y los 68 años ($M = 36.87$, $DT = 11.49$), siendo el 67.1% mujeres ($n = 188$) y el 32.9% hombres ($n = 92$). La muestra se seleccionó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Todos los participantes accedieron a contestar los cuestionarios de forma voluntaria. Como criterio de inclusión se encontraba ser mayor de edad.

Variabes e instrumentos:

Todos los participantes respondieron a un cuestionario (Ver anexo 1) que contenía los siguientes instrumentos para medir las variables del estudio:

Experiencia del “Yo”. Esta variable se midió a partir de la Escala de Experiencia del “Yo” (EOSS, Kanter, Kohlenberg y Parker, 2001) en su adaptación a población española de Valero-Aguayo, Ferro-García, López-Bermúdez y Selva (2012). Este instrumento mide el grado de control privado y público de la experiencia del “Yo”. Está formado por 37 ítems con formato de respuesta tipo Likert desde 1 (*Nunca*) a 7 (*Siempre*). Se divide en 4 subescalas que estudian cinco experiencias del “Yo” (sentimiento, necesidades, actitudes, opiniones y acciones) según el tipo de control de las experiencias y el grado de cercanía a las otras personas. En la subescala 1 se evalúan las experiencias del “Yo” en cuanto a uno mismo en general; en la subescala 2 respecto a conocidos (compañeros, vecinos, etc.), en la subescala 3 en cuanto a una relación personal (amigo, familiar, etc.) y en la subescala 4 se mide la experiencia del “Yo” respecto a uno mismo con relación a las otras personas. La fiabilidad del instrumento en su conjunto y en dos de sus subescalas (subescala 2 y 3) ha sido muy buena, mientras que en las subescalas 1 y 4 han sido más baja, mediante los coeficientes *alfa* de Cronbach y el método de dos mitades con la corrección de Spearman-Brown (Tabla 1).

Sintomatología psicopatológica. Se midió con el Inventario Breve de Síntomas (BSI, Derogatis y Melisaratos, 1983) adaptado a población española por Ruipérez, Ibáñez, Lorente, Moro y Ortet (2001). Este cuestionario compuesto por 53 ítems es la forma abreviada del Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R, Derogatis, 1977) y proporciona una medida del estado psicopatológico de los sujetos a través de síntomas experimentados durante los últimos siete días. Las opciones de respuesta tipo Likert van desde 1 (“*Nada*”) a 4 (“*Mucho*”). Ofrece puntuaciones de 9 dimensiones (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad/agresividad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y de tres

índices globales (Índice global de gravedad, índice de distrés de síntomas positivos y índice total de los síntomas positivos), siendo el índice global de gravedad el mejor indicador del malestar psicológico del sujeto. La fiabilidad del instrumento en su conjunto fue muy buena tanto por medio del método de dos mitades (Spearman-Brown), como por medio del coeficiente de Cronbach (Tabla 1). La fiabilidad de las subescalas usando ambos métodos obtuvo valores entre .66 y .87 (Tabla 1).

Variables sociodemográficas. Se realizaron preguntas referidas a la edad y al sexo de los participantes.

Tabla 1

Coeficientes de fiabilidad de las escalas

	EOSS							BSI						
	E.Y	S.1	S.2	S.3	S.4	S.P.	S.	O.C.	S. I.	D.	A.	A/H	A.F.	I.D.
Alfa de Cronbach	.919	.661	.938	.953	.614	.965	.826	.826	.777	.867	.839	.796	.751	.778
Dos mitades	.887	.840	.839	.881	.840	.948	.752	.851	.787	.883	.845	.864	.668	.837

Nota: E.Y = Experiencia del “Yo”; S.1 = Subescala 1; S.2 = Subescala 2; S.3 = Subescala 3; S.4 = Subescala 4; S.P = Sintomatología Psicopatológica; S = Somatización; O.C = Obsesión Compulsión; S.I = Sensibilidad Interpersonal; D = Depresión; A = Ansiedad; A/H = Agresividad/Hostilidad; A.F = Ansiedad Fóbica; I.D = Ideación Paranoide; P = Psicoticismo.

Procedimiento

El cuestionario se administró vía telemática a través de correo electrónico o redes sociales como WhatsApp. El tipo de muestreo llevado a cabo fue por conveniencia, facilitando el cuestionario a personas de fácil acceso para el estudio. La participación del estudio fue voluntaria y se garantizó la confidencialidad y anonimato de los participantes. La duración del cuestionario era de 10 minutos aproximadamente.

Análisis de datos

Se realiza un estudio correlacional con las variables experiencia del “Yo” y sintomatología psicopatológica. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 26.0 para Windows. Para analizar la relación entre la experiencia del “Yo” y la sintomatología psicopatológica se realizó una correlación de Pearson. Para

comprobar en qué medida la variable sintomatología psicopatológica puede ser explicada por la variable experiencia del “Yo”, edad y sexo se llevó a cabo una regresión lineal múltiple por pasos sucesivos.

Resultados

Relación entre la experiencia del “Yo” y la sintomatología psicopatológica

Se relacionó la experiencia del “Yo” con la sintomatología psicopatológica total y con cada una de las 9 dimensiones de psicopatología. En la Tabla 2 se puede observar que existe relación positiva alta y moderada entre la experiencia del “Yo” y todas las variables de psicopatología, excepto la variable somatización donde la relación encontrada es baja. Teniendo en cuenta que una puntuación alta en la experiencia del “Yo” significa un mayor control público de esta experiencia, los resultados muestran que, a mayor control público de la experiencia del “Yo”, mayor sintomatología psicopatológica.

Tabla 2

Correlaciones entre la Experiencia del “Yo” y la sintomatología psicopatológica

	S.P.	S.	O.C	S. I	D.	A.	A/H	A. F.	I.D	P.
Experiencia del “Yo”	.620	.300	.615	.596	.611	.452	.460	.437	.493	.622

Nota: S.P = Sintomatología Psicopatológica; S = Somatización; O.C = Obsesión Compulsión; S.I = Sensibilidad Interpersonal; D = Depresión; A = Ansiedad; A/H = Agresividad/Hostilidad; A.F = Ansiedad Fóbica; I.D = Ideación Paranoide; P = Psicoticismo.

Modelo predictivo de la sintomatología psicopatológica

Para analizar el poder predictivo de las variables experiencia del “Yo”, edad y sexo sobre la variable sintomatología psicopatológica se realizó una regresión lineal múltiple por pasos sucesivos. Como variable dependiente se utilizó la puntuación total del instrumento BSI y como variables independientes la puntuación total del cuestionario EOSS, la edad y el sexo. En el primer paso se introdujo como variable predictora la experiencia del “Yo” y en el segundo paso la variable edad. Este modelo explica un 41% de la varianza de sintomatología psicopatológica (Tabla 3).

Tabla 3

Estadísticos de la regresión de la variable sintomatología psicopatológica

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Error estándar de la estimación
1	.620	.385	.382	.350
2	.644	.415	.410	.342

Para la validación de los modelos predictivos se realizó la prueba de varianza (ANOVA). El modelo 1 fue estadísticamente significativo ($F = 173.71, p = .000$), por lo que, existe un efecto de la variable experiencia del “Yo” sobre la sintomatología psicopatológica. El modelo 2 también fue estadísticamente significativo ($F = 98.088, p = .000$), es decir, nos permite suponer un efecto real de las variables experiencia del “Yo” y edad sobre la sintomatología psicopatológica.

Observando los coeficientes de los modelos (Tabla 4), vemos que la variable experiencia del “Yo” tiene más peso en el modelo ya que presenta un coeficiente estandarizado mayor ($\beta = .592, p = .000$), que la variable edad ($\beta = -.176, p = .000$). Además, en la tabla 4 se representan los coeficientes de la ecuación resultante del modelo de regresión.

Tabla 4

Coefficientes del modelo de la variable sintomatología psicopatológica

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	
	B	Desv. Error	Beta			
1	Constante	.444	.085	5.245	.000	
	Experiencia del “Yo”	.012	.001	.620	13.180	.000
2	Constante	.744	.115	6.483	.000	
	Experiencia del “Yo”	.012	.001	.592	12.716	.000
	Edad	-.007	.002	-.176	-3.770	.000

Para comprobar la validez del modelo se analizó la independencia de los errores entre sí con la prueba de Durbin-Watson. Esta prueba obtuvo un valor de 1.725, que al encontrarse entre los valores 1.5 y 2.5, nos permite asumir la independencia entre los residuos.

Modelo predictivo de las 9 subescalas de la sintomatología psicopatológica

Por otra parte, se analizó si la experiencia del “Yo”, el sexo y la edad tenían capacidad para predecir cada una de las 9 subescalas de la sintomatología psicopatológica a partir de 9 regresiones lineales múltiples por pasos sucesivos. Para cada uno de estos

análisis se introdujo como variable dependiente la puntuación de la subescala correspondiente del cuestionario BSI y para todos los análisis como variables independientes la puntuación total del EOSS, la edad y el sexo.

En cuanto a la **somatización**, los resultados mostraron un modelo donde se incluía la variable experiencia del “Yo” y se excluía las variables edad y sexo. Este modelo explica un 0,86% de la varianza de la variable somatización (Tabla 5). Además, los resultados del ANOVA mostraron una relación lineal significativa de la variable experiencia del “Yo” en la somatización ($F = 27.405$, $p = .000$), es decir, existe un efecto de la experiencia del “Yo” sobre la somatización. En la tabla 6 se muestran los coeficientes de la ecuación resultante del modelo de regresión.

Tabla 5*Estadísticos de la regresión de la variable somatización*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Error estándar de la estimación
1	.300	.090	.086	.458

Tabla 6

Coefficientes del modelo de la variable somatización

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
1	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.
	Constante	.819	.111	7.384	.000
	Experiencia “Yo”	0.006	.001	.300	.000

Para la variable **obsesión-compulsión**, en el primer paso de la ecuación entró como predictora la variable experiencia del “Yo” y en el segundo paso entró la variable edad, las cuales explican un 38,8% de la variable obsesión-compulsión (Tabla 7). En el ANOVA los resultados mostraron un efecto de las variables experiencia del “Yo” y edad sobre la variable obsesión-compulsión ($F = 168.745$, $p = .000$). La tabla 8 representa los coeficientes del modelo para construir la ecuación de regresión.

Tabla 7*Estadísticos de la regresión de la variable obsesión- compulsión*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Error estándar de la estimación
1	.615	.378	.375	.489
2	.627	.393	.388	.484

Tabla 8

Coefficientes del modelo de la variable obsesión- compulsión

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	
	B	Desv. Error	Beta			
1						
	Constante	.261	.118	2.209	.028	
	Experiencia del “Yo”	.017	.001	.615	12.990	.000
2						
	Constante	.555	.162	3.416	.001	
	Experiencia del “Yo”	.016	.001	.595	12.537	.000
	Edad	-.007	.003	-.124	-2.608	.010

Para la variable **sensibilidad interpersonal**, en el primer paso de la ecuación entró como predictora la variable experiencia del “Yo” y en el segundo paso entró la variable edad, explicando estas variables un 38,4% de la variable sensibilidad interpersonal (Tabla 9). Los resultados del ANOVA mostraron un efecto de estas dos variables sobre la sensibilidad interpersonal ($F = 87.860$, $p = .000$). En la tabla 10 se encuentran los coeficientes del modelo para construir la ecuación de regresión.

Tabla 9

Estadísticos de la regresión de la variable sensibilidad interpersonal

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Error estándar de la estimación
1	.596	.355	.353	.508
2	.623	.388	.384	.496

Tabla 10

Coefficientes del modelo de la variable sensibilidad interpersonal

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Desv. Error	Beta		
1					
	Constante	.134	.123	1.088	.277

	Experiencia del Yo	.017	.001	.596	12.366	.000
2	Constante	.581	.166		3.493	.001
	Experiencia del “Yo”	.016	.001	.566	11.888	.000
	Edad	-.010	.003	-.185	-3.882	.000

Para la variable **depresión**, en el primer paso de la ecuación entró como predictora la variable experiencia del “Yo” y en el segundo paso entró la variable edad, mostrando que estas variables explican un 43,6% de la variable depresión (Tabla 11). Los resultados del ANOVA mostraron un efecto de la experiencia del “Yo” y de la edad sobre la depresión ($F = 108.739$, $p = .000$). Para construir la ecuación de regresión se utilizarían los coeficientes del modelo representados en la tabla 12.

Tabla 11

Estadísticos de la regresión de la variable depresión

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Error estándar de la estimación
1	.611	.374	.371	.498
2	.440	.440	.436	.471

Tabla 12

Coefficientes del modelo de la variable depresión

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	
	B	Desv. Error	Beta			
1	Constante	.158	.120	1.313	.190	
	Experiencia del “Yo”	.017	.001	.611	12.879	.000
2	Constante	.784	.158	4.961	.000	
	Experiencia del “Yo”	.016	.001	.570	12.500	.000
	Edad	-.014	.002	-.261	-5.718	.000

Para la variable **ansiedad**, en el primer paso de la ecuación entró como predictora la variable experiencia del “Yo” y en el segundo paso entró la variable edad, explicando las dos variables un 22,0% de la variable ansiedad (Tabla 13). Los resultados del ANOVA mostraron una relación lineal, es decir, un efecto de la experiencia del “Yo” y de la edad sobre la ansiedad ($F = 40.405$, $p = .000$). Se utilizarían los coeficientes del modelo para construir la ecuación de la regresión (Tabla 14).

Tabla 13*Estadísticos de la regresión de la variable ansiedad*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Error estándar de la estimación
1	.452	.204	.202	.494
2	.475	.226	.220	.489

Tabla 14*Coefficientes del modelo de la variable ansiedad*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	
1	B	Desv. Error	Beta			
	Constante	.623	.120	5.205	.000	
	Experiencia del “Yo”	.011	.001	.452	8.452	.000
2	Constante	.937	.164	5.716	.000	
	Experiencia del “Yo”	.010	.001	.428	7.998	.000
	Edad	-.007	.003	-.148	-2.768	.006

Para la variable **agresividad-hostilidad**, en el primer paso de la ecuación entró como predictora la variable experiencia del “Yo” y en el segundo paso entró la variable edad, explicando estas variables un 23,0% de la variable agresividad-hostilidad (Tabla 15). El ANOVA muestra una relación lineal, es decir, un efecto de la experiencia del “Yo” y de la edad sobre la agresividad-hostilidad ($F = 42.774$, $p = .000$). En la tabla 16 quedan representados los coeficientes del modelo para construir la ecuación de la regresión.

Tabla 15*Estadísticos de la regresión de la variable agresividad-hostilidad.*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Error estándar de la estimación
1	.460	.211	.208	.455
2	.486	.236	.230	.449

Tabla 16*Coefficientes del modelo de la variable agresividad-hostilidad*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
--------	--------------------------------	--	-----------------------------	---	------

1		B	Desv. Error	Beta		
	Constante	.549	.110		4.979	.000
	Experiencia del “Yo”	.010	.001	.460	8.628	.000
2	Constante	.861	.151		5.716	.000
	Experiencia del “Yo”	.010	.001	.434	8.157	.000
	Edad	-.007	.002	-.159	-2.995	.003

Para la variable **ansiedad fóbica**, en el primer paso de la ecuación entró como predictora la variable experiencia del “Yo” y en el segundo paso entró la variable sexo, mostrando que explican un 19.8% de la variable ansiedad fóbica (Tabla 17). Los resultados del ANOVA mostraron un efecto significativo de la experiencia del “Yo” y del sexo sobre la ansiedad fóbica ($F = 35.479$, $p = .000$). La tabla 18 muestra los coeficientes del modelo para construir la ecuación de la regresión.

Tabla 17

Estadísticos de la regresión de la variable ansiedad fóbica

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Error estándar de la estimación
1	.437	.191	.188	.420
2	.452	.204	.198	.417

Tabla 18

Coefficientes del modelo de la variable ansiedad fóbica

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	
	B	Desv. Error	Beta			
1						
	Constante	.533	.102		5.240	.000
	Experiencia del “Yo”	.009	.001	.437	8.093	.000
2	Constante	.681	.122		5.565	.000
	Experiencia del “Yo”	.009	.001	.439	8.179	.000
	Sexo	-.114	.053	-.115	-2.147	.033

Para la variable **ideación paranoide**, en el primer paso de la ecuación entró como predictora la variable experiencia del “Yo”, en el segundo paso entró la variable edad y en el tercer paso la variable sexo, explicando estas variables un 27.2% de la variable ideación paranoide (Tabla 19). Los resultados del ANOVA mostraron un efecto de la

experiencia del “Yo”, la edad y el sexo sobre la ideación paranoide ($F = 35.708, p = .000$). La ecuación del modelo resultante puede construirse con los coeficientes de la tabla 20.

Tabla 19

Estadísticos de la regresión de la variable ideación paranoide

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Error estándar de la estimación
1	.493	.243	.240	.469
2	.516	.266	.261	.463
3	.529	.280	.272	.459

Tabla 20

Coefficientes del modelo de la variable ideación paranoide

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	
	B	Desv. Error	Beta			
1						
	Constante	.440	.114	.493	3.876	.000
	Experiencia del “Yo”	.012	.001	.493	9.441	.000
2						
	Constante	.761	.155	.468	4.905	.000
	Experiencia del “Yo”	.011	.001	.468	8.971	.000
	Edad	-.007	.002	-.156	-2.989	.003
3						
	Constante	.609	.168	.464	3.621	.000
	Experiencia del “Yo”	0.11	.001	.464	8.969	.000
	Edad	-.008	.002	-.165	-3.180	.002
	Sexo	.132	.059	.115	2.246	.026

Para la variable **psicoticismo**, en el primer paso de la ecuación entró como predictora la variable experiencia del “Yo” y en el segundo paso entró la variable edad, explicando estas variables un 23% de la variable psicoticismo (Tabla 21). El ANOVA mostró una relación lineal, es decir, un efecto de la experiencia del “Yo” y la edad sobre la ideación paranoide ($F = 100.022, p = .000$). En la tabla 22 se muestran los coeficientes del modelo para construir la ecuación de regresión.

Tabla 21

Estadísticos de la regresión de la variable psicoticismo

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Error estándar de la estimación
1	.460	.211	.208	.455

2	.486	.236	.230	.449
---	------	------	------	------

Tabla 22

Coefficientes del modelo de la variable psicoticismo

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Desv. Error	Beta		
1	Constante	.201	.091	2.213	.028
	Experiencia del “Yo”	.013	.001	13.256	.000
2	Constante	.533	.123	4.345	.000
	Experiencia del “Yo”	.013	.001	12.789	.000
	Edad	-.008	.002	-3.910	.000

La validez de cada uno de los modelos se comprobó mediante la independencia de los errores entre sí con la prueba de Durbin-Watson. Los valores de todos los modelos se encontraron entre los valores 1.5 y 2.5, lo que nos permite asumir la independencia entre los residuos.

Discusión

El presente estudio trata de ampliar la información existente sobre la hipótesis transdiagnóstica de los problemas del “Yo” desde FAP (Ferro-García y Valero-Aguayo, 2017). En el panorama actual de crisis de los sistemas diagnósticos como el DSM o la CIE, el enfoque transdiagnóstico ha surgido como “una nueva frontera en psicología clínica” (Sandín, Chorot y Valiente, 2012). Muchas han sido las corrientes de psicología que han investigado y propuesto factores comunes o transdiagnósticos de los problemas psicopatológicos y dentro de estas corrientes, las terapias de tercera generación han propuesto, entre otros, los problemas del “Yo” como uno de estos factores (Pérez-Álvarez, 2012, 2014, 2019). Estudios como los de Ferro-García, López-Bermúdez y Valero-Aguayo (2012) con tratamientos dirigidos a intervenir sobre las experiencias del “Yo” en pacientes han comprobado la mejoría en estos problemas y en otros problemas psicopatológicos. Sin embargo, como destacan Ferro-García y Valero-Aguayo (2017) es necesario seguir la investigación sobre el carácter transdiagnóstico de los problemas en la formación del “Yo”. Así, nuestro objetivo ha sido, por un lado, comprobar la relación

entre la experiencia del “Yo” y la sintomatología psicopatológica y, por otro lado, analizar el nivel predictivo de la experiencia del “Yo” en esta sintomatología psicopatológica.

En cuanto al primer objetivo, los resultados confirman nuestra hipótesis inicial y muestran relación directa entre la experiencia del “Yo” y diferente sintomatología psicopatológica como obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad/agresividad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y somatización, aunque siendo con esta última la relación baja. Las relaciones altas las encontramos con sintomatología psicopatológica total, obsesión-compulsión, depresión, sensibilidad interpersonal y psicoticismo. Estos resultados nos indican que, a mayores problemas en la experiencia del “Yo”, mayor es la sintomatología psicopatológica. Es decir, cuando las personas presentan un mayor control público del “Yo”, muestran a su vez mayores síntomas psicopatológicos. Estos resultados concuerdan con la teoría de los problemas del “Yo” de Kohlenberg y Tsai (1991, 2001), en la cual presentan un continuo de trastornos del “Yo” ordenado según la cantidad de respuestas “Yo x” que se encuentran bajo control público y la severidad del trastorno. Así, los trastornos más graves corresponden a un mayor control público del “Yo”.

Respecto al segundo objetivo, al analizar como posible predictora la experiencia del “Yo” junto con las variables edad y sexo se observó que ayuda a explicar tanto a la sintomatología psicopatológica total como a cada una de las subescalas de ésta, aunque coincidiendo con su baja relación la somatización tiene un bajo porcentaje. A su vez, los mayores porcentajes de varianza explicada los encontramos en las variables donde la relación directa es alta (sintomatología psicopatológica total, obsesión-compulsión, depresión y sensibilidad interpersonal) llegando la experiencia del “Yo” y la edad a explicar en torno a un 40% de la variabilidad de los síntomas. Estos resultados siguen la línea de la hipótesis transdiagnóstica de los problemas del “Yo” (Ferro-García y Valero-Aguayo, 2017).

Asimismo, nuestro estudio no se encuentra exento de limitaciones que deben de ser consideradas para interpretar los resultados. Por un lado, nuestra muestra ha sido seleccionada de forma incidental lo que habría que tener en cuenta para la generalización de los resultados. Por otro lado, la recogida de datos se realizó a principios de mayo de 2020 cuando la población española se encontraba en fase de confinamiento por el COVID-19, siendo una situación excepcional que podría alterar los síntomas

psicopatológicos. Además, debido a que se trata de un estudio correlacional (Ato, López-García y Benavente, 2013) no se pueden establecer relaciones causales entre nuestras variables estudiadas.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones mencionadas, nuestro estudio contribuye a ampliar la literatura existente en cuanto a la hipótesis transdiagnóstica de los problemas del “Yo” y abre camino a futuras investigaciones que podrían paliar dichas limitaciones. Por ello, creemos que sería interesante aumentar la población objetivo, las variables dependientes a estudiar e incluso abrir el abanico a investigaciones experimentales donde se aíse y se manipule la variable experiencia del “Yo” a través de su intervención directa y analizar su efecto en otros problemas psicopatológicos.

En conclusión, nuestro estudio ayuda a confirmar el carácter transdiagnóstico de los problemas del Yo desde la visión de FAP, teniendo en cuenta las limitaciones y posibles mejoras para futuros estudios. Así, la investigación en Psicología sigue avanzando hacia un enfoque dimensional para encontrar los procesos subyacentes comunes del malestar psicológico dejando a un lado las etiquetas diagnósticas específicas y sus paquetes de tratamientos igualmente específicos.

Referencias

- Ato, M., López, J. J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29 (3), 1038–1059.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., y Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35 (2), 205-230.
- Cooley, C.H. (1908). A study of the early use of self-words by children. *Psychological Review*, 15 (6), 339-357.
- Derogatis, L. R. (1977). S.C.L.-90-R. *Administration Scoring and Procedures. Manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory. An introductory report. *Psychological Medicine*, 13 (3), 596-605.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fraiberg, S. (1977). *Insights from the blind. Comparative studies of blind and sighted infants*. Nueva York: Basic Books.
- Ferro-García, R., López-Bermúdez, M. A., y Valero-Aguayo, L. (2012) Treatment of a disorder of self through Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7 (2-3), 45-51.
- Ferro-García, R. y Valero-Aguayo, L. (2017). Hipótesis transdiagnóstica desde la Psicoterapia Analítica Funcional: La formación del Yo y sus problemas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19 (3), 145-165.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35 (4), 639-665.
- Insel, T. (2013). *Director’s Blog: Transforming Diagnosis*. <https://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transformingdiagnosis.shtml>
- Kanter, J. W., Parker, C., y Kohlenberg, R. J. (2001). Finding the self: A behavioral measure and its clinical implications. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 38 (2), 198-211.

- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1987). Functional Analytic Psychotherapy. En N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp.388-443). New York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (2000). Radical behavioral help for Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7 (4), 500-505.
- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (2001). Hablo, luego existo: Una aproximación conductual para entender los problemas del Yo. *Escritos de Psicología*, 5, 58-62.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Kanter, J. W., y Parker, C. R. (2009). Self and mindfulness. En M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. Follette, y G. M. Callaghan (Eds.). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, courage, love, and behaviorism* (pp. 103-130). New York: Springer.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós.
- Mineka, S., Watson, D., y Clark, L.A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49 (1), 377-412.
- Pérez-Álvarez, M. (2008). Hyperreflexivity as a condition of mental disorder: A clinical and historical perspective. *Psicothema*, 20 (2), 181-187.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna: La melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40 (1), 1-14.
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Peters, A.N. (1983). *The units of language acquisition*. Londres: Cambridge University Press.
- Reyes, M., Vargas, A., y Tena, A. (2015). Modelo conductual contextual de la etiología y mantenimiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología Iberoamericana*, 23 (2), 66-76.
- Ruipérez, M. A., Ibáñez, M. I., Lorente, E., Moro, M., y Ortet, G. (2001). Psychometric properties of the Spanish version of the BSI. Contributions to the relationship

- between personality and psychopathology. *European Journal of Psychological Assessment*, 17 (3), 241-250.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., y Chorpita, B.F. (2010). Development of a 30-ítem version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15 (3), 165-178.
- Sandín, b., Chorot, P. y Valiente, R. m. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 185-203.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: Macmillan.
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal behavior*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B.F. (1974). *About behaviorism*. Nueva York: Knopf.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., y Callaghan, G. M. (2009). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer.
- Valero-Aguayo, L., Ferro-García, R., López-Bermudez, M. A., y Selva, M. A. (2012). Reliability and validity of the Spanish adaptation of Experiencing of Self Scale (EOSS) comparing normal and clinical samples. *Internacional Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7 (2-3), 151-158.
- Valero-Aguayo, L., y Ferro-García, R. (2015). *La Psicoterapia Analítica Funcional: El análisis funcional en la sesión clínica*. Madrid: Síntesis.
- Wilson, K. G., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Anexo 1**Inventario Breve de Síntomas**

A continuación, hay un listado de problemas que en ocasiones tienen las personas. Por favor, léalo cuidadosamente y seleccione, en cada caso la respuesta que mejor describa **HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR ESE PROBLEMA DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS INCLUIDO HOY**. No olvide que debe de contestar todas las cuestiones planteadas.

	Nada	Un poco	Moderado	Mucho
1. Nerviosismo o agitación interior				
2. Sensaciones de desmayo o mareo				
3. La idea de que otra persona puede controlar sus pensamientos				
4. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás				
5. Dificultad para recordar las cosas				
6. Sentirse fácilmente irritado o enfadado				
7. Dolores en el corazón o en el pecho				
8. Sentir miedo de los espacios abiertos o de la calle				
9. Pensamientos o ideas de acabar con su vida				
10. La idea de que no se puede fiar de la mayoría de las personas				
11. Falta de apetito				
12. Tener miedo de repente y sin razón				
13. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar				
14. Sentirse solo aunque esté con más gente				
15. Sentirse incapaz de lograr cosas				
16. Sentirse solo				
17. Sentirse triste				
18. No sentir interés por las cosas				
19. Sentirse temeroso				
20. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad				
21. La impresión de que la gente es poco amistosa o que usted no les gusta				
22. Sentirse inferior a los demás				
23. Náuseas o malestar en el estómago				
24. Sensación de que otras personas le miran o hablan de usted				
25. Dificultad para conciliar el sueño				
26. Tener que comprobar una y otra vez lo que hace				
27. Encontrar difícil el tomar decisiones				

28. Sentir temor a viajar en coches, autobuses, metro, trenes, etc.
29. Dificultad para respirar
30. Sentir calor o frío de repente
31. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le den miedo
32. Que se le quede la mente en blanco
33. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo
34. La idea de que debería ser castigado por sus pecados
35. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro
36. Tener dificultad para concentrarse
37. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo
38. Sentirse tenso o agitado
39. Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir
40. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien
41. Tener fuertes deseos de romper algo
42. Sentirse muy cohibido entre otras personas
43. Sentirse muy incómodo entre mucha gente, por ejemplo, en el cine o en las tiendas
44. No sentirse cercano o íntimo con nadie
45. Ataques de terror o pánico
46. Tener discusiones frecuentes
47. Sentirse nervioso cuando se encuentra solo
48. En que otros no reconozcan adecuadamente sus logros
49. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo
50. La sensación de ser inútil o de no valer nada
51. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si les dejara
52. Sentimientos de culpabilidad
53. La idea de que algo anda mal en su mente

Escala de experiencia del yo (EOSS)

Por favor, responda con sinceridad a las distintas preguntas en una escala de 1 a 7 sobre el grado de verdad con que esas afirmaciones corresponden a su propia experiencia.

Respecto a mí mismo en general	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Frecuente	Casi Siempre	Siempre
1.Me encuentro perdido cuando la gente me dice "sé tú mismo"							
2.Siento como si fuera diferente según con qué personas esté							
3.Tengo la sensación como de estar fuera de mi cuerpo, observándome a mí mismo							
4.Me siento vacío							
5.Soy creativo							
6.Soy espontáneo							
7.Soy sensible a la crítica							
Respecto a un conocido (compañero/a, vecino/a, conocido/a de vista, etc)	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Frecuente	Casi Siempre	Siempre
1. Estas personas influyen en la forma como me siento conmigo mismo cuando estoy con ellas							
2.Mis necesidades o preferencias (lo que quiero hacer o conseguir) están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas							
3.Mis opiniones están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas							
4.Mis actitudes están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas							
5.Mis acciones están influenciadas por estas							

personas cuando estoy con ellas

6. Estas personas influyen en la forma como me siento conmigo mismo cuando estoy solo

7. Mis necesidades o preferencias (lo que quiero hacer o conseguir) están influenciadas por estas personas cuando estoy solo

8. Mis opiniones están influenciadas por estas personas cuando estoy solo

9. Mis actitudes están influenciadas por estas personas cuando estoy solo

10. Mis acciones están influenciadas por estas personas cuando estoy solo

Respecto a una relación personal (familiar, amigo/a íntimo, seres queridos)

Nunca Casi nunca A veces A menudo Frecuentemente Casi Siempre Siempre

1. Estas personas influyen en la forma como me siento conmigo mismo cuando estoy con ellas

2. Mis necesidades o preferencias (lo que quiero hacer o conseguir) están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas

3. Mis opiniones están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas

4. Mis actitudes están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas

5. Mis acciones están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas

6. Estas personas influyen en la forma como me siento conmigo mismo cuando estoy solo

7. Mis necesidades o preferencias (lo que quiero hacer o conseguir) están influenciadas por estas personas cuando estoy solo

8. Mis opiniones están influenciadas por estas personas cuando estoy solo

9. Mis actitudes están influenciadas por estas personas cuando estoy solo

10. Mis acciones están influenciadas por estas personas cuando estoy solo

Respecto a mí mismo en relación con los demás

Nunca Casi nunca A veces A menudo Frecuentemente Casi Siempre Siempre

1. Me encuentro perdido cuando la gente me dice "sé tú mismo"

2. Siento como si fuera diferente según con qué personas esté

3. Tengo la sensación como de estar fuera de mi cuerpo, observándome a mí mismo

4. Me siento vacío

5. Soy creativo

6. Soy espontáneo

7. Soy sensible a la crítica