

Universitat Oberta de Catalunya

# Treball fi de grau

Grau de Psicologia

Alumne: Ferran López  
Tutor: Manuel Armayones

Gener de 2012

# *Fonaments d'un programa informàtic de suport psicològic i superació personal: dels llibres d'autoajuda al software d'autoajuda*

FERRAN LÓPEZ (FerranBarcelona2000@gmail.com)

---

## RESUM

Aquest treball descriu els principis de disseny i els components essencials d'un hipotètic programa informàtic que té per finalitat facilitar el procés d'autoajuda i que també pot ser utilitzat com a eina de desenvolupament personal i motivació. Prèviament, l'autor fa una revisió dels mètodes existents, des de l'èxit dels llibres d'autoajuda del segle XX fins a l'expansió de la interactivitat impulsada pel desenvolupament de les tecnologies informàtiques. A través d'aquest recorregut es constata la pobre implantació de les noves tecnologies com a instruments populars d'autoajuda i s'advoca per la creació i ús de programes informàtics flexibles i generalistes com a mitjà de suport psicològic.

---

## INTRODUCCIÓ

Des del principi de la història, els éssers humans han sentit l'impuls de canviar la seva conducta i maneres de ser en la recerca de la perfecció. Aquesta voluntat de superació personal ha quedat plasmada en inscripcions monumentals, escrits religiosos com la Bíblia, textos filosòfics com els de Confuci, i ha modelat la filosofia grega i cristiana. Demòstenes, famós orador de l'antiguitat, personifica un exemple notori de superació personal, quan enfrontat a un defecte en l'elocució de la parla emprugué una estricta disciplina basada en la col·locació de pedres dins la boca com a mètode terapèutic. La seva perseverança a l'hora d'esmenar allò que la natura li havia negat restarà immortalitzada per sempre com a símbol de la voluntat humana per millorar.

### **L'estrella indiscutible: la literatura d'autoajuda**

Actualment, els llibres d'autoajuda assoleixen elevades xifres de venda en forma de bestsellers i ocupen un lloc important en el mercat cultural. Exemples populars són obres com *Intel·ligència emocional* (Goleman, 1996) o *¿Quién se ha llevado mi queso?* (Johnson, 2000). Tanmateix, tal com citen Martínez i Sierra (2005), el concepte de llibre de consells no és nou, per exemple, ja al 1647 Baltasar Gracián publicà "*El arte de la prudencia*", obra que actualment s'utilitza en determinats cursos de capacitació d'executius nord-americans. La literatura d'autoajuda moderna va tenir un gran impuls en la primera meitat del



segle XX gràcies a Dale Carnegie, que en 1936 va escriure "Com obtenir amigues i influir sobre les persones", obra que va nodrir d'idees al mercat actual de l'autoajuda. Pel que fa al públic que consumeix aquesta literatura, se sap que les dones tendeixen a comprar i llegir més llibres d'autoajuda que els homes (Simonds, 1992). Respecte a això, resulta rellevant que també siguin les dones qui acudeixen majoritàriament a psicoteràpia.

### *Funciona la literatura d'autoajuda?*

Els llibres d'autoajuda ofereixen nombrosos avantatges als seus consumidors, com el baix cost, facilitat d'accés i la seva orientació positiva (Forest, 1988). De fet, s'han efectuat diversos estudis per tal de valorar-ne l'efecte benèfic. Per exemple, Martínez i Sierra (2005) van realitzar un estudi amb 20 subjectes control i 20 subjectes que van llegir el llibre d'autoajuda *Tus zones errònees* de Wayne W. Dyer (1978) i van detectar millores entre la condició pretest i posttest del grup lector respecte al grup de control en puntuacions d'ansietat, actituds negatives i creences disfuncionals. Segons els autors, aquests resultats avalen el possible efecte beneficiós dels llibres d'autoajuda en població no clínica.

Amb una intenció més generalista, Albert Ellis es va plantejar si els materials d'autoajuda són beneficiosos i va aportar dades a favor. Així, Starker (1986, 1988a, 1988b, 1988c, 1992) assenyala que aproximadament el 90% dels psicòlegs analitzats per ell a la zona de Boston i San Diego consideraven els llibres d'autoajuda com útils i el 60% animaven als seus clients a llegir-los. Per bé que el 4% els consideraven inútils, cap d'ells els va titllar de perjudicials.

### *De la literatura d'autoajuda a la biblioteràpia*

Sota el concepte de llibre d'autoajuda s'engloba una gamma molt àmplia de materials en funció de la intenció i el grau de formalització que presenten. Una primera classificació d'aquest corpus atén al grau d'academicisme o de formalització-tecnificació. Els llibres més populars d'autoajuda psicològica es venen profusament a totes les llibreries, mentre que altres amb un marcat caràcter terapèutic, és a dir, d'utilitat com a substituïts o assistents de la psicoteràpia tradicional, només són accessibles dins l'àmbit de la pràctica psicològica formalitzada. Molts d'aquests últims són recomanats pels terapeutes com a complement de la teràpia, mentre que d'altres conformen per si mateixos un autèntic marc terapèutic amb molt poca implicació professional. En aquests casos bé podem parlar d'una autèntica biblioteràpia. D'altra banda, l'ús dels textos d'autoajuda dels pacients pot limitar-se a determinades fases de la intervenció, com la conceptualització del problema, la lògica del tractament, l'establiment d'objectius terapèutics o abastar tot el procés des de l'avaluació inicial fins a la finalització del tractament.

Dins la seva introducció als aspectes conceptuals i de la pràctica clínica de la teràpia de conducta, Tortella (2009) fa una breu però clara descripció d'aquests materials i ens adverteix que els continguts i objectius d'aquests difereixen notablement: poden centrar-se en el tractament d'un problema específic, proporcionant una descripció detallada del procés d'intervenció,



dedicar-se a la instrucció d'una tècnica concreta, educar sobre la naturalesa d'un trastorn i de les possibilitats d'intervenció, etc. Segons aquest autor, els més utilitzats en la pràctica clínica derivada del tractament amb suport empíric són els manuals estandarditzats d'intervenció, els textos d'autoajuda centrats en un problema i, en menor grau, els textos d'autoajuda educatius. Respecte a l'eficàcia d'aquest material, a partir de les dues principals metanàlisis sobre biblioteràpia s'ha trobat que les grandàries de l'efecte obtinguts pels manuals d'autoajuda amb diferents graus d'assistència terapèutica són equiparables als obtinguts pel tractament directe. En ambdós estudis s'ha vist que els millors resultats s'obtenen en l'abordatge de problemes d'assertivitat, trastorns d'ansietat i disfuncions sexuals, mentre que l'eficàcia és menor per als programes de control del pes, control dels impulsos i hàbits d'estudi. A continuació es recull una descripció d'aquest material classificat en ordre descendent segons el grau de formalització i implicació professional:

- *Manuels estandarditzats d'intervenció.* S'utilitzen com a guies del procés d'intervenció, sempre sota la direcció del terapeuta. Normalment existeixen dues versions, una per al pacient i l'altra per al terapeuta, i en alguns casos pot disposar-se d'un manual per als familiars o cuidadors, els quals poden actuar com a coterapeutes. Contenen la descripció detallada del protocol estandarditzat de tractament per a un trastorn específic i els seus continguts cobreixen pràcticament la totalitat dels aspectes que s'aborden durant la relació terapèutica directa: conceptualització del problema, lògica del tractament, objectius de la intervenció, materials diversos d'avaluació (inventaris, fulls d'autoregistre), descripció de les tècniques i exercicis que el pacient ha de realitzar pel seu compte, entre altres. Moltes de les intervencions estandarditzades inclouen aquest tipus de manual del pacient, per exemple el text programat de Mathews, Gelder i Johnston (1981) per al tractament de l'agorafòbia o el "Living with fear" (Marks, 1978).
- *Textos d'autoajuda centrats en un problema.* Són manuals que se centren en un problema específic, com l'estrès, la depressió o les fòbies, i es podrien considerar una versió atenuada dels manuals del pacient que permeten la total administració de la intervenció, tot i que freqüentment s'utilitzen sota la supervisió del terapeuta com a complement del tractament formal. Aquest recurs terapèutic respondria a un primer nivell d'intervenció en què la presència del terapeuta seria mínima o fins i tot inexistent. Respecte a l'efecte terapèutic, se n'ha demostrat l'eficàcia en el tractament de problemes depressius, d'ansietat (pànic-agorafòbia), tabaquisme i alcoholisme.
- *Els textos d'autoajuda educatius.* Ofereixen una descripció i explicació del trastorn, les possibilitats d'intervenció, els objectius, entre d'altres informacions. El propòsit principal d'aquest material és promoure la col·laboració de totes les parts implicades en el problema i fomentar l'adherència terapèutica, ja que faciliten que el pacient i les persones del seu entorn entenguin millor el problema, la lògica de la intervenció, com cal que sigui la relació de les figures properes a la persona que té el problema, com hi poden col·laborar, etc. Avui dia molta informació d'aquesta índole es troba fàcilment accessible a través de Webs enfocades a l'àmbit de la salut.



- El grau més baix de formalització-tecnicisme vindria representat pels *llibres d'autoajuda més populars* que es venen a totes les llibreries, amb un grau de qualitat i fonament empíric molt divers. Molts tenen un propòsit eminentment psicoeducatiu, de suport psicològic davant problemes emocionals corrents no considerats patològics (infelicitat, ansietat, problemes de parella, sentit vital, etc.) i altres que pretenen facilitar l'autorealització o superació personal.

Davant l'amplitud d'aquest material, Tortella reflexiona sobre la conveniència d'utilitzar dins el marc d'una intervenció psicològica programada aquest tipus de recurs. Segons ell, serà especialment indicat quan el pacient planteja moltes preguntes sobre el seu problema i el procés d'intervenció, creu que el seu problema és excepcional i probablement ningú l'ha patit abans o quan hi ha poca adherència a les tasques intersessions. En qualsevol cas, representa una mesura addicional per tal d'enfortir les explicacions i recomanacions del terapeuta i presentar-les de forma altament estructurada, pel que fa als materials centrats en un problema o tècnica, o per incrementar la motivació o adoptar punts de vista diferents quan es tracta de materials més genèrics. A aquestes consideracions caldria afegir la utilitat del material escrit a l'hora d'ajudar al pacient a recordar allò parlat durant les sessions terapèutiques. Hem de tenir en compte que persones amb un baix nivell intel·lectual o molt ansioses poden tenir dificultats per a entendre o recordar allò expressat durant la sessió amb el terapeuta.

Més enllà de la classificació anterior, també podríem categoritzar el material escrit d'autoajuda en funció dels seus propòsits generals: suport psicològic o psicoeducatiu, terapèutic, superació personal i promoció de la qualitat de vida. Dintre de l'apartat de suport psicològic/psicoeducatiu podríem citar els llibres que tracten problemes comuns que no acostumen a considerar-se patològics, aquells associats als problemes quotidians i que aborden qüestions com la felicitat, el saber viure o els problemes de parella. Els de caràcter eminentment terapèutic s'adrecen a tractar problemes específics amb un grau de patologia més alt i ja s'han citat anteriorment. Finalment, moltes lleixes de les llibreries estan ocupades per obres que promouen l'autorealització i la superació personal, el perfeccionament de qualitats personals per tal d'assolir una major eficàcia, o simplement són portadors d'una veritable filosofia de vida, molts d'aquests inspirats per religions orientals.

### **Altres mètodes d'autoajuda**

La llista de materials d'autoajuda és ample i s'estén progressivament a mesura que la societat incorpora nous mitjans tecnològics:

- Webs.
- Revistes.
- Vídeos.
- Material sonor (mp3, cintes, discos...)
- Pel·lícules.
- Sistemes telefònics.



- Ordinador amb connexió a Internet.
- Ordinador amb software per tractar problemes específics (per exemple, *Beating the blues*®), etc.

Davant aquesta diversitat, convé idar algun mètode classificatori. Segons Pantalón (1998), els mètodes d'autoajuda poden ser classificats com:

- a) *Generals*. Són aproximacions d'autoajuda generalistes que no s'adrecen a trastorns, problemes o tècniques concretes i que se centren en aspectes generals de la salut psicològica, com poden ser les habilitats d'afrontament o el paper de les actituds saludables.
- b) *Enfocats en el problema*. Proveen eines per a la valoració i tractament de problemes específics.
- c) *Enfocats en la tècnica*. Ofereixen un mètode específic per tal d'assolir la meta conductual o el canvi emocional desitjats i pot ser aplicat a diversos tipus de problemes. Dintre de l'àmbit de la sexualitat, un exemple seria els manuals que pretenen ensenyar l'autoaplicació dels principis del condicionament operant (Kass i Strauss, 1975) o la reestructuració cognitiva (van Lankveld, 2004). Cal assenyalar, però, que la majoria dels estudis d'eficàcia s'han limitat a la investigació d'aproximacions d'autoajuda enfocades en el problema, més que a aproximacions generalistes o enfocades en la tècnica.

Autors com Albert Ellis (1993) i Williams (2003) han descrit els possibles avantatges i inconvenients del material d'autoajuda, que es podrien resumir de la següent forma:

*Inconvenients :*

- a) *Falta de control*. Existeix una gran varietat de material d'autoajuda i una part d'ell pot contenir formulacions i consells no contrastats de forma científica, fins i tot contingut altament dogmàtic. Ellis inclou dintre d'aquest grup materials basats en la psicologia transpersonal, la filosofia New Age, el xamanisme, l'astrologia o la màgia. La major part del material d'autoajuda existent al mercat no se selecciona segons criteris basats en evidències científiques. Aquesta falta de control inclou el propi material recomanat pels psicòlegs clínics. Respecte aquest tema, Quackenbush (1991) va fer una revisió del material d'autoajuda utilitzat per psicòlegs clínics i va identificar un ampli rang del quals menys del 10% havia estat avaluat per algun tipus d'estudi clínic.
- b) *Falsa il·lusió de facilitat*. Pot induir a creure que el canvi personal és molt senzill. Aquesta sensació pot dissuadir als usuaris de fer el treball dur i la pràctica necessària que gairebé sempre requereixen els canvis profunds i duradors.
- c) *Intencions espúries*. Alguns han estat elaborats per autors, fins i tot terapeutes, que cerquen la fama seduïnt al consumidor amb expectatives falses que acaben en desil·lusió.



- d) Tot i que cert públic requereix l'avaluació i el tractament psicològic d'un expert, el consum d'aquests materials pot desanimar-lo a l'hora de cercar ajut professional.
- e) *Poc adaptats.* A diferència de la psicoteràpia amb professionals, no estan adaptats a les característiques idiosincràtiques de l'usuari.
- f) *Absència de seguiment.* No faciliten el suport continu i interactiu que proporciona la psicoteràpia.
- g) Alguns continguts no són accessibles a tot tipus de públic. De fet, la major part d'aquest material s'adreça a persones de classe mitjana, la qual acostuma a tenir un nivell cultural mig-alt. Així per exemple, en un estudi de la British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies, un grup de psicoterapeutes acreditats d'orientació cognitivo-conductual va avaluar els 7 manuals d'autoajuda més recomanats per a la depressió. L'edat de lectura *Flesch-Kincaid* que es requeria per a utilitzar aquests manuals variava en un rang entre els 12 i els 14.1 anys. Per contra, l'edat de lectura mitjana dels adults britànics és de 9-10 anys (Alderson, 1994) i un quart de les persones entre 16 i 65 anys d'edat a Anglaterra i Gal·les són funcionament il·letrades.

#### Avantatges:

- a) *Cost.* La teràpia presencial pot ser considerada cara i costosa en temps per a molts usuaris. En canvi, els materials d'autoajuda acostumen a ser molt més econòmics.
- b) Molta gent amb problemes refusen anar a teràpia perquè senten vergonya o temen perdre la seva privacitat. Cal tenir present l'estigma associat a la condició de malalt mental.
- c) *Ubiquïtat.* En certes localitats resulta difícil trobar ajut professional.
- d) *Accessibilitat.* A diferència de la teràpia presencial, el material d'autoajuda és fàcilment accessible quan és requerit per l'usuari. Per tant, és una ajuda flexible, autoregulable i immediata.
- e) *Conscienciació.* Faciliten que els usuaris prenguin consciència dels seus problemes i es decideixin a cercar ajut professional.
- f) *Autoresponsabilització.* Possibiliten que les persones es facin responsables de la seva pròpia cura en comptes de delegar-la en una tercera persona.
- g) *Complement.* El material d'ajuda pot representar un bon complement de la teràpia presencial. Respecte això, Ellis es basa en la seva experiència personal i la dels seus col·legues per a afirmar que quan llurs clients utilitzen el material d'autoajuda que els recomanen milloren més ràpid i millor que si no usessin aquest tipus de material. A més, presenten la virtut d'ajudar al pacient a recordar el que han après durant les sessions individuals o grupals.





(h) *Preferència personal.* Algunes persones tenen tendència a aprendre per mitjà del material escrit més que a través de la interacció personal com la que es donaria en el context terapèutic. Troben que llegir moltes vegades un llibre o un pamflet d'autoajuda els influeix terapèuticament. Ellis cita la Bíblia, que segons ell ha promogut més canvis personals i conductuals que els produïts per tots els terapeutes professionals junts. No obstant, convé advertir que hi ha persones *al·lèrgiques* a la biblioteràpia i al material audiovisual o informàtic d'autoajuda, i s'orienten preferentment envers altres persones a l'hora de cercar ajuda.

### **El nou protagonista: l'autoajuda assistida per ordinador**

Si l'estrella indiscutible de l'autoajuda durant el segle XX va ser el llibre, és hora de preguntar-nos si l'ordinador desbancarà a aquest mitjà com a instrument terapèutic i de superació personal. Molts dels primers paquets d'autoajuda computeritzats es limitaven a traslladar el llibre a l'ordinador. Inicialment això podia representar una pèrdua d'eficàcia. Així, Muter, Latremouille, Treurniet, i Beam (1982) van determinar que es triga un 20% més de temps a llegir per mitjà d'una pantalla d'ordinador que sobre el paper. No obstant, atès les millores tecnològiques introduïdes en les pantalles fabricades durant les últimes dècades caldria revisar aquestes conclusions.

Una gran virtut de la tecnologia informàtica és que proporciona maneres alternatives de presentar la informació. La capacitat per combinar text, imatges (estàtiques i en moviment) i so en un entorn interactiu i personalitzat ofereix molts avantatges a l'usuari. Així, el vídeo resulta un mitjà excel·lent a l'hora d'il·lustrar un nova habilitat; l'àudio pot ser utilitzat per a ensenyar una tècnica de relaxació guiada per la veu, mentre que el text pot emprar-se per preguntar o proporcionar informació rellevant. Tal com comenta Tortella (2009), les noves tecnologies i en especial l'ordinador han obert possibilitats inèdites per a la pràctica de la teràpia de conducta i també per a la investigació clínica. Més enllà d'aquests àmbits, caldria afegir l'oportunitat que ofereixen per al suport psicològic i la promoció del creixement personal en la línia dels manuals d'autoajuda, amb l'avantatge afegida de la interactivitat, la facilitat per a registrar, emmagatzemar i visualitzar informació i, fins i tot, la possibilitat d'aplicar la intel·ligència artificial per a guiar els usuaris.

Dintre de l'àmbit clínic es consideren *avenços de segona generació* les intervencions assistides per ordinador, mentre que el tractament a través d'Internet i la realitat virtual constituïrien *avenços de tercera generació*. Segons Tortella, aquestes eines poden ser útils en múltiples vessants:

- Fan viable la intervenció a un públic més nombrós.
- Poden abaratir els costos ja que es redueix el temps de consulta amb el terapeuta.





- Proporcionen informació altament fiable sobre el procés d'intervenció i fan més còmode el seguiment dels clients. Això té una especial rellevància en el context de la recerca.
- Faciliten l'acceptació del tractament ja que incrementen la privacitat i es poden emprar en el context habitual de l'usuari.
- Promouen que el pacient es responsabilitzi del procés de canvi i potencien el sentiment d'eficàcia i control.
- En alguns casos fan factibles intervencions que en condicions naturals serien molt costoses i fins i tot impossibles de dur a terme (realitat virtual).
- La interactivitat garanteix una millor autoaplicació dels programes de tractament, a més de promoure la individualització de la prevenció.

Newman et al. (1997) assegura que els procediments cognitivo-conductuals presenten les característiques idònies per a adaptar-se al mitjà informàtic: estan molt estructurats, són sistemàtics i se centren en conductes específiques. Tal com veurem més endavant en la descripció del programa que proposo, l'ordinador permet una aplicació molt variada de les tècniques cognitivo-conductuals.

Al igual que succeeix amb altres materials d'autoajuda, la diversitat i les possibilitats que ofereixen els programes d'ordinador són tan extenses que convé algun mètode de classificació. Dins l'àmbit clínic parlarem de 4 tipologies bàsiques de programes de tractament psicològic assistit per ordinador:

1. *Programes d'autoajuda o manuals del pacient computeritzats.* Són els que han experimentat un major desenvolupament i el seu àmbit abasta problemàtiques molt diverses: trastorns fòbics, trastorn obsessivo-compulsiu, depressió, trastorns d'ansietat, obesitat, abús d'alcohol i drogues, etc. Per a aquest menester es pot emprar l'ordinador o dispositius mòbils com PDAs, netbooks, telèfons mòbils, o tablets. El contingut seria similar al que es troba en els manuals d'autoajuda per a un problema específic o en els manuals del pacient que sovint acompanyen als tractaments estàndard, i presentarien altres avantatges com la possibilitat d'elaborar avaluacions de les dades gràcies a determinats algorismes. Segons Tortella (2009), l'eficàcia de la intervenció assistida per ordinador és equivalent a l'aconseguida a través de l'autoaplicació del programa seguint les instruccions d'un manual escrit o de les proporcionades directament pel terapeuta. Cal assenyalar que des de fa alguns anys ha aparegut la tendència a servir la tecnologia informàtica com a complement de la psicoteràpia en viu. En altres ocasions ha servit per a reduir el nombre de sessions presencials, de manera que la major part del tractament s'ha seguit fora de la consulta amb l'assistència d'un ordinador portàtil o, més habitualment, amb l'ajut d'un dispositiu mòbil.
2. *Programes per a facilitar l'exposició computeritzada.* S'han utilitzat especialment en el cas dels trastorns fòbics. En aquest cas, el software no només proporciona les instruccions per a practicar l'exposició sinó els



estímul concrets (imatges i sons temuts pel pacient). A més, constitueixen una ajuda inestimable a l'hora de construir la jerarquia de les situacions temudes. També caldria incorporar en aquest grup els *programes de tercera generació* que emulen entorns en tres dimensions i diverses modalitats sensorials (*realitat virtual*). Es tracta d'una tecnologia molt potent per a la simulació d'entorns estimuladors. Dins l'àmbit de les tècniques d'exposició, és fàcilment imaginable les possibilitats que ofereix per a simular la immersió en entorns realistes i amb major validesa ecològica que altres procediments d'exposició, com el recurs de la imaginació o el material audiovisual. A més, permet la simulació d'entorns estimuladors que no són fàcilment accessibles en la vida real o que resulten difícils de controlar (vols en avió, situacions socials, conducció de vehicles), augmentant així les possibilitats de la intervenció. En psicologia clínica s'ha utilitzat en el tractament de diversos trastorns, especialment en el cas de les fòbies específiques i la rehabilitació neuromotora. Com a contrapartida, encara continua essent una tècnica costosa des del punt de vista econòmic, circumstància que redueix la ratio efectivitat/cost, i també pot resultar poc flexible si tenim en compte que no resulta tecnològicament senzill emular amb realisme els entorns naturals.

3. *Programes de tractament administrats per via telefònica mitjançant sistemes de resposta de veu interactiva.* Combinen la utilització d'un manual d'autoajuda tradicional amb crides al sistema de resposta de veu interactiva en què es troben registrats missatges que, en funció de les demandes del pacient, el guien en el tipus d'activitats que hauria de dur a terme. Aquest mètode s'ha emprat amb èxit notable en el tractament de problemes depressius no severs així com en el tractament del trastorn obsessivo-compulsiu.
4. *Programes connectats a Internet.* Permeten l'accés a una computadora central o a un terapeuta de referència des de qualsevol dispositiu informàtic connectat a la xarxa. Aquest sistema facilita l'autoajuda des de casa ja que obvia la necessitat de desplaçar-se a la consulta per a rebre atenció. El nombre de tals sistemes està creixent de forma molt ràpida en l'actualitat i ja és possible accedir a sistemes d'autoajuda computeritzada com el *netFF*, el *Panic Program* i el *Panic Online* per a la fòbia i el pànic, o el *MoodGym* per a la depressió, junt a una gamma molt àmplia de programes creats per a tractar problemes com la migranya, el tinitus o l'insomni. A banda dels sistemes basats en una computadora central, la connexió a la xarxa permet l'ús de emails per enviar missatges i la comunicació en temps real amb el terapeuta, ja sigui per videoconferència o altres sistemes de missatgeria en temps real.

Per bé que s'ha considerat l'àmbit clínic, caldria afegir a aquesta llista el software que ofereix el mercat per tal de tractar una gran diversitat de problemes el grau de formalització del qual, o més ben dit, l'aval acadèmic que el sustenta, pot ésser inexistent. Tal com succeeix amb la literatura d'autoajuda, el nivell de qualitat d'aquests productes varia enormement, de manera que hi podem trobar programes amb un sòlid fonament terapèutic junt amb d'altres que utilitzen tècniques de dubtosa eficàcia i fins i tot perjudicials. Cal assenyalar que, a diferència de la literatura popular



d'autoajuda, el software d'autoajuda resulta molt menys assequible per al ciutadà mitjà, especialment a l'estat espanyol. Jo mateix he endegat amb poc èxit una recerca d'empreses comercials que distribueixin a través d'Internet aquesta mena de productes. En conclusió, en l'àmbit de l'estat espanyol resulta difícil avui dia comprar software d'autoajuda de qualitat, especialment si ve avalat per instàncies acadèmiques. Aquesta deficiència pot representar un bon al·licient per als fabricants d'aquest tipus de software així com per als distribuïdors que es decideixin a oferir un producte mal representat en el comerç. Respecte a aquesta qüestió, cal recordar el clamorós èxit del llançament comercial del programa per a consoles *BrainTraining*<sup>®</sup>, popular programa d'estimulació cognitiva que va desencadenar una onada de programes de característiques similars per a tot tipus de plataforma (ordinadors, telèfons mòbils, consoles, tablets, etc.), a banda d'impulsar l'edició i creació un gran nombre de publicacions amb els mateixos propòsits. Tot i que els programes d'estimulació cognitiva ja eren utilitzats dins l'àmbit de la rehabilitació neuropsicològica, el llançament d'aquest producte va generar un autèntic interès per un tema poc tractat fins aleshores, l'estimulació cognitiva, més coneguda entre el públic de persones grans. De forma similar, crec que hi ha espai en el mercat actual per al llançament de programes informàtics destinats a proporcionar suport emocional i psicològic i promoure el desenvolupament personal. I no es tracta d'emular la psicoteràpia a través de les possibilitats que obren els dispositius informàtics, sinó de popularitzar programes que ajudin als usuaris a l'hora d'afrontar els problemes comuns de la vida diària, per a tractar problemes corrents que no són aliens a ningú com l'estrès, els estats depressius, els problemes de relació i els conflictes de parella, entre d'altres. Més enllà d'aquest suport psicològic, igualment es troba a faltar programes que emulin els propòsits de la literatura de superació personal i promoguin l'autorealització, el *coaching*, l'assoliment de metes o el desenvolupament personal, en general. D'aquí l'interès que mou aquest treball, en concret la descripció dels fonaments psicològics i tècnics que hauria de presentar un programa informàtic de suport psicològic i superació personal que sigui altament flexible i adaptable a les característiques idiosincràtiques de cada usuari així com als diversos interessos que el guien. És difícil trobar un programa de tals característiques avalat per les institucions acadèmiques de la psicologia com a disciplina. Tot i que en la literatura psicològica es descriuen molts sistemes d'ajuda terapèutica basats en computadores, la immensa majoria s'enfoquen en problemes i trastorns molt concrets, alteracions que mereixen la categoria diagnòstica de psicopatologia segons el DSM-IV, a banda de conformar programes d'intervenció molt rígids, sovint sota la forma de sessions progressives que ha de recórrer l'usuari per a progressar. A nota d'exemple, Marks, Canavagh i Gega (2007) han elaborat una monografia altament recomanable on es revisa la literatura existent sobre la psicoteràpia assistida per computadora i la seva eficàcia, però en aquesta es troba a faltar la descripció de programes destinats al públic general que no pateix alteracions greus. Així, els autors dediquen un capítol específic per als trastorns fòbics i de pànic, l'obsessiu-compulsiu i l'estrès posttraumàtic, depressió, problemes de conducta alimentària, abús de substàncies, problemes patològics diversos (esquizofrènia, insomni, problemes sexuals, etc.) i problemes en nens i adolescents. El capítol que més s'aproxima al tractament de problemes corrents és el dedicat a l'ansietat i als trastorns emocionals. D'altra banda, resulta descoratjador que cap dels sistemes descrits utilitzin la llengua



castellana o catalana com a vehicle d'expressió, circumstància que no ens ha d'estranyar si tenim en compte que aquests autors només van examinar les publicacions escrites en anglès. Cap dels programes citats tenen un propòsit tan general com el programa que es descriu en el present treball, tot i que alguns podrien encabir-s'hi com a components. Així, hi trobem des de soliloquis assistits per computadora o sistemes de relaxació, fins a sistemes d'assessorament per a afrontar dilemes, tots adreçats a problemes concrets sovint relacionats amb l'ansietat, la depressió i la resolució de problemes.

D'altra banda, cal ressenyar que no resulta fàcil per al consumidor trobar en el mercat aquests productes. Podem posar l'exemple del web [www.softonic.com](http://www.softonic.com), un dels majors aparadors de software en llengua castellana, que malgrat el volum dels productes que presenta oferta pocs programes d'utilitat psicoterapèutica. La majoria d'aquests són productes de baixa qualitat i se centren en qüestions com l'estrès, la pèrdua de pes, l'abandonament de l'hàbit del tabaquisme des d'enfocaments molt específics, com l'autohipnosi i la relaxació. A [www.mindmedia.com](http://www.mindmedia.com) trobem un catàleg més ampli de productes en llengua anglesa, entre els quals es troba material audiovisual i programes informàtics. En aquest cas trobem la descripció de productes amb una àmplia gamma de funcions, com l'estimulació cognitiva (146 referències), creativitat i innovació (50), família i relacions (71), coaching (13), salut mental (84), organització i gestió del temps (100), desenvolupament personal (125), autorealització (126), entre altres. Tot i aquesta varietat, també es troba a faltar programes amb una intenció generalista de suport psicològic i desenvolupament personal. A més, la majoria d'aquest software no està avaluat per cap estudi d'eficàcia, i les tècniques emprades poden excedir les tractades per la disciplina de la psicologia, com per exemple la suposada sincronització de les ones cerebrals causada per l'audició de sons binaurals. Finalment, s'hi pot observar que bona part d'aquests productes desaprofiten les oportunitats d'interactivitat que ofereix la tecnologia informàtica, fins al punt de limitar-se a presentar material audiovisual a través de CDs.

## **PRINCIPIS DE DISSENY D'UN PROGRAMA INFORMÀTIC DE SUPORT PSICOLÒGIC I MILLORA PERSONAL**

*Per què aquest programa?*

El programa proposat pretén omplir el buit existent entre la literatura d'autoajuda o la biblioteràpia en general i els programes d'ordinador destinats a tractar trastorns i problemes específics. Els manuals i llibres d'autoajuda aporten informació i suport psicològic però presenten l'inconvenient de ser poc interactius i estar poc adaptats a l'usuari. D'altra banda, sorprèn el fet que molt del software terapèutic i d'autoajuda existent en el mercat s'adreça fonamentalment al tractament de problemes psicològics específics i resulten poc flexibles, per la qual cosa són poc apropiats per fer l'acompanyament de la persona que desitja introduir millores en la seva forma d'actuar i pensar i



necessita suport constant. Així, programes com *Beating the blues*<sup>®</sup> s'utilitzen específicament per a tractar trastorns com la depressió i s'estructuren en forma de sessions progressives on hi poca cabuda per a la iniciativa del pacient. Per bé que existeixen en el mercat programes i material informàtic que promouen la superació personal, que podríem considerar com una modalitat d'autocoaching, aquests se centren sovint en tècniques com l'autohipnosi o la relaxació, i no proveeixen un sistema sòlid d'acompanyament interactiu que assisteixi al subjecte en els processos de canvi, com aquells implicats en el seguiment, l'adherència, la motivació i la retroalimentació. La constatació d'aquesta deficiència m'ha impulsat a descriure els fonaments tècnics i psicològics d'una plataforma informàtica que proveeixi l'ajut que necessita l'usuari disposat a canviar. Per a no caure en l'especulació, els seus fonaments s'han de basar en els coneixements teòrics i pràctics adquirits per la psicologia al llarg de la seva dilatada trajectòria en el tractament psicològic de les persones, recorregut que ha permès recollir nombroses evidències empíriques quant a l'eficàcia de les tècniques emprades. Es pretén així suplir algunes de les funcions que la psicoteràpia ha subministrat tradicionalment als seus clients:

- *Adherència al tractament.* Cal facilitar el seguiment de les accions posades en marxa per canviar i assegurar l'ús habitual del programa.
- *Motivació pel canvi.* La motivació juga un paper determinant en qualsevol procés de transformació. De fet, una de les tasques més importants del terapeuta consisteix en motivar adequadament al client per aconseguir que es comprometi a treballar en el seu problema.
- *Retroalimentació.* Els subjectes necessiten observar i comprendre les conseqüències de llur conducta per redirigir-la convenientment. El programa permet la visibilitat de les variables que es correlacionen amb el comportament de la persona.
- *Autoconsciència (insight).* El registre, la visualització en forma numèrica i gràfica, així com el descobriment de correlacions entre variables personals rellevants per al subjecte faciliten la identificació de processos que acostumen a passar desapercebuts a causa del reduït gradient de canvi. Així, a una determinada persona li ha pogut passar per alt la relació existent entre les hores que dorm i el nombre de pensaments negatius que té l'endemà. La visibilització d'aquesta correlació possibilita l'*insight*, és a dir, la persona accedeix a informació sobre variables que afecten a la seva actuació que abans ignorava
- *Eliminació de comportaments indesitjats.* Prèviament, el programa facilitarà l'anàlisi regular de la pròpia conducta i permetrà idear-ne de més constructives.
- *Eliminació de formes de pensar desadaptatives i substitució per altres més positives.* Similar al cas anterior, el programa facilita el registre i l'anàlisi de maneres disfuncionals de pensar. Es parteix del model A-B-C d'Ellis en què se subratlla que no són els propis esdeveniments (A) els precursors de la conducta (C) sinó els processos interns (cognicions) que fan de mitjancers.





- *Instauració de comportaments beneficiosos.* L'orientació cognitivo-conductual proporciona tècniques de gestió de contingències que s'adapten perfectament al mitjà informàtic amb la finalitat d'incrementar les conductes positives.
- *Autoexpressió i treball emocional.* Les autorevelacions per mitjà de les quals es "ventilen" emocions que tenallen la vida psíquica del pacient juguen un paper molt rellevant durant el procés terapèutic. S'ha determinat experimentalment que la mera expressió dels problemes pot causar efectes curatius, independentment del grau de professionalització de l'interlocutor. Alguns pacients no disposen de cap persona apart del terapeuta per a obrir-se a un altre ésser humà. A priori ens pot semblar inversemblant que un programa d'ordinador pugui emprar-se per a promoure l'alliberament emocional, tanmateix, tal com veurem en la descripció del component d'autoexpressió, es poden implementar substituïts com els diaris (escrits o parlats), les cartes imaginàries, o la possibilitat d'escriure sobre un determinat problema. De fet, s'han creat programes informàtics que promouen l'enregistrament de soliloquis per part del subjecte amb finalitats terapèutiques i, fins i tot, s'han elaborat estudis per avaluar-ne l'efecte (Slack et al. 1990). Així, en una recerca en què van participar 42 homes, es va constatar que el soliloqui, a diferència de pensar en silenci, va fer disminuir el ritme cardíac i el nivell d'ansietat dels subjectes.
- *Guia de conducta.* De tots és conegut la tendència que tenen les persones a idear llistes de bons propòsits durant l'inici d'un nou any. Un percentatge molt baix d'aquests propòsits, però, acaben materialitzant-se. Tal com veurem en l'explicació del model del procés de canvi de Prochaska i DiClemente, els propòsits (fase de contemplació) no impliquen l'acció directa. Immersos en el remolí d'esdeveniments i estímuls que proporciona el nostre entorn, és fàcil que aquests propòsits perdin força amb rapidesa i finalment s'oblidin. Per això, el programa proposat ha de proporcionar el recordatori regular de principis existencials, de guies concretes de conducta i de valors desitjables, sense els quals moltes persones se senten desorientades. No podem oblidar que els problemes existencials, és a dir, aquells que es relacionen amb el significat i rumb de la pròpia vida, constitueixen motius freqüents de consulta psicològica.

Cal recalcar, però, que un programa d'aquesta naturalesa no pot substituir la figura del terapeuta ni les funcions pròpies de la psicoteràpia tradicional, especialment en el cas de persones que pateixen trastorns psicològics de difícil avaluació o greus els quals requereixen programes d'intervenció molt específics. Algunes d'aquestes funcions són:

- Capacitat per copsar les motivacions inconscients i el llenguatge no verbal del pacient.
- Avaluació, diagnòstic i anàlisis funcionals complexos.
- Elaboració d'un programa terapèutic estructurat.



- Direcció del procés terapèutic en el cas de persones molt dependents o amb pertorbacions psicològiques greus que requereixen supervisió professional constant.

La intervenció psicològica tradicional té un àmbit més ampli i es defineix com l'aplicació de principis i tècniques psicològiques per part d'una persona entrenada amb la finalitat d'ajudar a altres persones a prevenir trastorns, solucionar o reduir els problemes, orientar-les a prendre decisions, millorar-ne les capacitats o relacions interpersonals i fomentar-ne la salut física i corporal (Feixas, 2010). En definitiva, pretén aconseguir la millora i el benestar del client per mitjà de la prevenció, l'orientació, el tractament psicològic i la rehabilitació. En contrast, el programa proposat té la funció de proporcionar suport a persones que no presenten una patologia greu però desitgen superar determinats problemes la solució dels quals requereix esforç i perseverança. Així per exemple, moltes persones desitgen deixar de fumar, perdre pes, augmentar el temps dedicat a l'estudi, així com portar a terme un ampli ventall d'altres conductes considerades positives. Alhora, moltes es mostren incapaces per a dirigir els seus esforços vitals cap a objectius concrets, o se senten arrossegats per les circumstàncies que els envolten cap a conductes nocives. En aquest cas, el programa els pot ajudar a recordar les metes que ells mateixos consideren beneficioses. D'altra banda, és freqüent que els individus experimentin problemes emocionals puntuals derivats de relacions interpersonals disfuncionals, com problemes de parella, amb companys de la feina i altres similars. En aquest cas, el programa els pot ajudar a qüestionar creences irracionals i substituir-les per d'altres que ocasionin menys pertorbacions emocionals i obrin el pas a conductes més útils. També pot proporcionar una plataforma a través de la qual el subjecte expressi les seves emocions reprimides i el garbuix de pensaments que distorsionen el raonament, de forma que aconseguixi alliberar-se emocionalment. Altres persones cerquen l'excel·lència en tots els aspectes vitals o específicament en llur trajectòria personal. Una aplicació com la proposada podria ajudar-los a organitzar de forma coherent els esforços necessaris per a assolir metes distants evitant les distraccions que provoquen les vicissituds quotidianes. Els proporcionaria l'oportunitat d'elaborar contractes conductuals pels quals es comprometrien a emprendre les accions necessàries per aconseguir els objectius proposats, plantejar fites temporals, o recompensar-se mitjançant un sistema de contingències que promogui el manteniment de la conducta positiva. També rebrien exhortacions d'ànim, es veurien influïts pels missatges encoratjadors que s'amaguen sota suggeridores metàfores, i tindrien l'ocasió de rellegir els principis vitals que ells mateixos consideren models desitjables d'existència. Finalment, a través de la retroalimentació proporcionada per l'aplicació percebrien gràficament el resultat de la conducta, descobririen tendències desemmascarades per la correlació de variables insospitades, com per exemple, el nombre d'hores dormides i l'estat d'ànim percebut, accedint d'aquesta manera a aspectes personals abans desconeguts.

Sense la figura de l'assessor o del terapeuta un programa d'aquestes característiques requereix una bona capacitat d'autodirecció per part de l'usuari. No obstant, el propi programa pot promoure aquesta habilitat a través dels instruments que proporciona fent menys feixuc el camí del canvi.





### Com canvien les persones?

El model transteòric del canvi de Prochaska i DiClemente (1982, citat a Miller i Rollnick, 1991) assenyala les fases que recorre una persona durant el procés de transformació. Aquest model ha esdevingut molt útil per a comprendre i tractar addiccions com el tabaquisme o l'alcoholisme. El programa de suport psicològic i superació personal que descriu pretén facilitar aquest procés, però serà el propi subjecte qui haurà de copsar prèviament la necessitat de canviar i prendre les iniciatives adequades per fer-lo possible. Així, cal diferenciar entre processos de conscienciació, de decisió i, finalment, d'actuació, en cada un dels quals el programa pot proporcionar un ajut diferent.

El model consta de 6 fases que l'individu pot recórrer diverses vegades en els seus intents per canviar, de tal manera que el procés adopta la forma d'un bucle que es repeteix abans d'assolir-se el canvi permanent. En aquest procés són normals les recaigudes. Les fases són les següents:

1. *Precontemplació*. El subjecte no medita seriosament la possibilitat de canviar. Els motius són diversos: - No està suficientment informat sobre les conseqüències de la seva conducta (no està prou conscienciat) - Està desmoralitzat ja que pensa que no pot canviar - Aixeca resistències al canvi de forma reactiva a les pressions externes.
2. *Contemplació*. Les persones que estan en aquesta fase sospesen seriosament canviar però es mostren ambivalents en relació al preu-benefici de fer-lo, de manera que hi poden romandre molt temps. No han fixat un compromís ferm de canvi. L'ur postura és ambivalent: accepten i consideren el problema, però de vegades el neguen o en treuen transcendència.

Rarament una persona que es trobi en alguna d'aquestes dues fases acudirà a teràpia o sentirà l'impuls d'utilitzar mitjans d'autoajuda. Per això, el programa no resultarà útil durant aquestes fases.

3. *Preparació (determinació)*. La persona ja està preparada per a l'acció i fins i tot ja ha endegat algunes accions, com reduir la freqüència de la conducta indesitjada i elaborar plans de canvi. Ha passat de tenir consciència del problema al desig d'acció: està molt motivada i amb disposició per a actuar. En aquesta fase és important facilitar l'accés de la persona al programa així com conèixer el mecanisme de funcionament i les possibilitats que pot oferir-li per ajudar-lo en els seus propòsits.
4. *Activació*. Ara el subjecte participa en accions que conduiran al canvi, amb ajuda professional o sense. En aquesta etapa es comencen a produir canvis conductuals manifestos ja que s'inverteix quantitats considerables de temps i esforç. Aquí l'aplicació informàtica tindrà un paper molt rellevant de suport, seguiment i motivació, i és on es desplegarà el seu major potencial.
5. *Manteniment*. Durant aquesta fase la persona ha de conservar i consolidar els canvis assolits en la fase anterior. L'aplicació informàtica permetrà



l'establiment de recordatoris i tasques programades així com la visualització de variables que permetran al subjecte perpetuar els beneficis conductuals.

6. *Recaiguda*. Per bé que pot ser viscuda com un fracàs, representa una etapa normal del procés de canvi, i pot ocórrer tant durant la fase d'activació com en la de manteniment. En aquesta fase és important que es recordi a l'usuari que les recaigudes són consubstancials al procés així com la transcendència de reprendre el procés. En aquesta fase el programa pot exercir funcions educatives.
7. *Finalització*. S'ha consolidat el canvi. El subjecte ja no necessita mantenir processos de canvi per a impedir la recaiguda.

Del model es deriva la importància de determinar en quina fase es troba la persona per tal d'endegar processos específics que promoguin el pas a la fase següent. La implementació de determinades accions terapèutiques pot suposar el fracàs de la intervenció si són inadequades en relació a la fase en què es troba. Per exemple, no tindria sentit utilitzar el programa d'economia de fitxes per tal d'instaurar una conducta si el subjecte no té prou consciència del seu problema o no està motivat per a canviar. En aquest cas, resultaria més adequat intervenir per a conscienciar al subjecte i motivar-lo perquè emprengui accions de canvi. El programa que proposo no pot ajudar a l'usuari que es troba en la fase de precontemplació ja que per iniciativa pròpia aquest no accedirà al programa. Endegar accions de canvi personal implica tenir consciència del problema i capacitat d'introspecció o *insight*. Aquest últim terme es defineix com la habilitat per a emprendre una acció d'introspecció cognoscitiva i emocional que possibiliti un millor coneixement d'un mateix, i es considera un signe de maduresa personal. Quant als subjectes ancorats en la fase 2 (contemplació), el coneixement de l'existència d'un programa que pot facilitar el canvi pot representar un factor motivador a l'hora de passar a la següent fase, la de determinació. En aquesta el subjecte ja elabora plans per a canviar, per bé que poden ser rudimentaris i poc concrets. El programa pot ajudar a aquests usuaris a especificar regles de conductes i principis que guiaran el canvi. Durant la fase d'activació el programa serà un bon aliat ja que proporcionarà les contingències i retroalimentació necessària així com el seguiment periòdic de les accions realitzades. Posteriorment, el programa pot proporcionar recordatoris periòdics així com retroalimentació sobre variables que es relacionen amb el problema, la qual cosa promoua la presa de consciència per part del subjecte sobre la importància de no abandonar el procés de canvi.

### **Principis de disseny del programa**

- 1) *Autonomia*. El programa no requereix la intervenció de cap més persona més enllà de l'usuari però ha de permetre la supervisió del terapeuta o assessor si així es requereix.
- 2) *Recolzament*. Ha de proporcionar suficient suport psicoeducatiu. Es un requisit necessari atès la falta d'implicació d'un professional de referència.



- 3) *Flexibilitat*. S'entén així la capacitat per adaptar-se a les necessitats de l'usuari. Aquest ha de poder crear i monitoritzar les seves pròpies variables (metacognició cibernètica) i programar el tractament a la seva mida.
- 4) *Polivalència*. Ha de permetre usos molt diversos, des d'aquells considerats propers a la psicoteràpia tradicional fins als adreçats a la millora personal.
- 5) *Traçabilitat*. Totes les accions i dades introduïdes en el sistema han de quedar enregistrades. Aquesta informació podrà ser examinada pel propi subjecte o un terapeuta que en faci la supervisió per tal d'avaluar el procés de canvi. El tractament de les dades introduïdes permetrà descobrir relacions entre variables que han pogut passar desapercebudes per l'usuari. La informació recopilada pot ser molt útil per als investigadors de la conducta humana.
- 6) *Extensibilitat*. Les funcions del programa es podran ampliar incorporant nous components.
- 7) *Comunitat*. Es facilitarà la exportació i importació de dades a través de diversos mitjans. La connexió a internet facilitarà l'exportació i importació de material útil o rellevant per a l'usuari, com els principis existencials, metàfores i contes valuosos, i fins i tot la compartició de registres entre diversos usuaris.
- 8) *Nivells de supervisió*. A fi d'adaptar-se al diferent nivell cultural dels usuaris, el programa ha de possibilitar diferents graus de supervisió. Així, l'usuari podrà escollir tenir el control absolut o permetre delegar àmplies funcions en el programa, qüestió que requerirà l'ús de la *intel·ligència artificial*. En aquest últim cas, el programa podria prendre iniciatives com avisar a l'usuari quan percebi el deteriorament de certs factors (estat d'ànim, falta d'hores de son, increment del nombre de pensaments negatius, etc.), formular-li preguntes i fins i tot recomanar-li tasques o programes d'activitat.

### **Visió general del programa : components i coordinació**

La millor manera d'entendre'n el funcionament és seguir els passos d'un usuari hipotètic. Aquest accedirà al programa i en fer-lo l'aplicació supervisora obrirà un pantalla amb els recordatoris programats pel propi subjecte, tasques pendents, exercicis que cal realitzar, components que cal utilitzar, etc. Entre aquestes tasques es recomana accedir al component d'introducció de dades, des d'on l'usuari podrà introduir dades rellevants per a la seva monitorització i posterior tractament. Aquestes variables poden ser de tipus personal, com el pes corporal, el nombre d'hores estudiades, la quantitat d'exercici físic practicat, etc., i altres d'impersonals, com la temperatura o la humitat ambiental, nombre de queixes rebudes a la feina, etc. L'important és que les variables siguin significatives per a l'usuari, per bé que també podrà sol·licitar al programa el suggeriment de variables que s'adeqüin a determinats perfils de tractament, per exemple, un règim d'aprimament (pes, calories ingerides, exercici físic, etc.), control del benestar psicofísic (hores dormides, exercici realitzat, hores dedicades a l'oci, grau d'estrès, etc.). El programa necessita dades de l'usuari perquè una de les seves possibles funcions implica



proporcionar feedback sobre aspectes importants de la seva vida. Tal com veurem en la descripció del component feedback, el tractament estadístic d'aquestes variables junt a d'altres creades durant l'ús dels components permetrà el descobriment de relacions entre factors desconegudes Segons les preferències de l'usuari i les seves necessitats, aquest accedirà a diferents aplicatius del programa. Cada un d'aquests components té una funció específica, com per exemple promoure conductes beneficioses o eliminar-ne de perjudicials, possibilitar l'expressió emocional, disminuir l'activació psicofisiològica, promoure l'autoobservació i la modificació de distorsions cognitives, facilitar l'autoconeixement i l'insigt, planificar la conducta futura, o establir i recordar principis valuosos. No obstant, atès que les persones acostumen a fer un ús molt particular de les tecnologies de què disposen, s'espera que cada una d'elles descobreixi els seus propis usos.

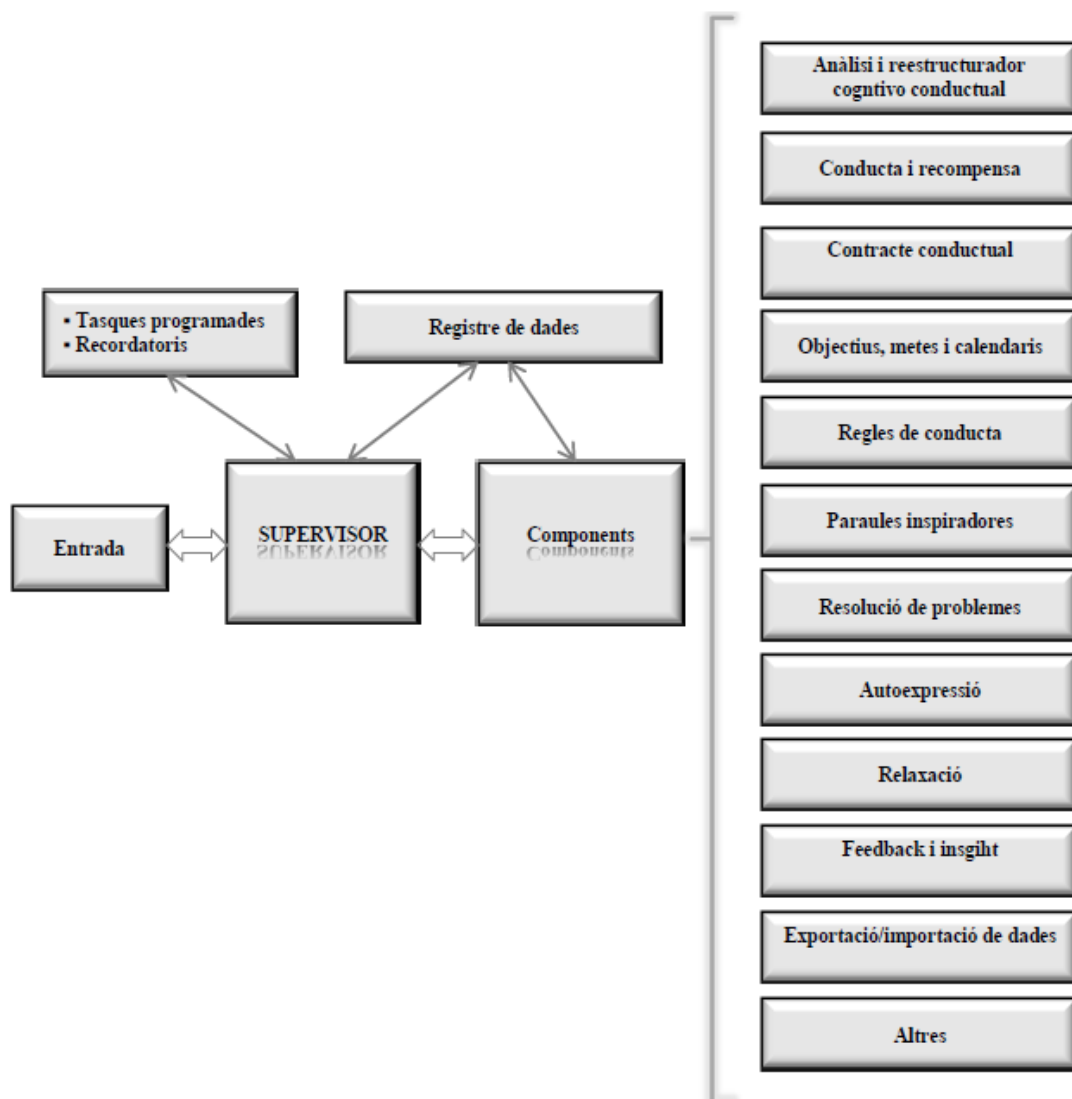
Taula 1: Components i funcions principals del programa

	Augmentar la conducta positiva	Disminuir la conducta negativa	Eliminar distorsions cognitives	Autoconeixement	Expressió emocional	Regulació psicofisiològica	Guiar la conducta en el futur
Reestructurador cognitivo-Conductual	X	X	X	X		X	
Conducta i recompensa	X	X					
Contracte conductual	X	X					
Regles de conducta	X	X	X				X
Paraules inspiradores	X	X	X	X			
Autoexpressió				X	X	X	
Relaxació						X	
Objectius, metes i calendaris	X						X
Resolució de problemes	X	X					X
Registre de dades				X			
Feedback i insight	X	X		X			
Exportació i importació de dades							



Els components es podran utilitzar de forma independent i també podran ser cridats des d'altres aplicatius del programa. Així per exemple, una persona que analitzi la seva conducta diària per mitjà del reestructurador cognitivo-conductual tindrà l'oportunitat associar una mala conducta observada a la seva metàfora favorita perquè ho troba instructiu. Un altre exemple seria el cas d'una persona que estigui utilitzant el reestructurador cognitiu per a analitzar els pensaments negatius que ha tingut durant la jornada. En fer-lo tindrà l'oportunitat de cridar al component feedback i observar la tendència d'aparició de tals pensaments durant els últims dies.

Estructura i components bàsics del programa



## COMPONENTS

A continuació es descriuen els fonaments psicològics i tècnics que cal tenir present a l'hora de dissenyar-los. Atès que no cal utilitzar tots i que es poden crear i importar-ne de nous, no cal elaborar una descripció exhaustiva de tots els components possibles. Per això, s'ha escollit una selecció representativa de les funcions que es volen instaurar amb l'esperança que resultin útils a un futur usuari. Quant als detalls més tècnics que tenen a veure amb la programació informàtica, els programadors en conjunció amb els psicòlegs seran els encarregats de la implementació tècnica de totes aquestes funcions.

### COMPONENT 'REGISTRE DE DADES'

Tota teràpia o procés formal de canvi requereix dades sobre l'individu que desitja canviar, les accions que du a terme i els resultats obtinguts. Aquestes han de ser rellevants per al subjecte i han de permetre fer el seguiment dels resultats aconseguits al llarg del temps. L'observació sistemàtica és una tècnica estretament vinculada a la intervenció psicològica: avaluem no només per a descriure i explicar la conducta d'un subjecte en termes precisos i objectius, sinó que a més podem calibrar els canvis de la conducta fruit de la intervenció, valorant-ne així l'eficàcia (Macià i Méndez, 1988). Segons Rojo (2009), s'entén per autoobservació el procés que implica d'una doble manera al subjecte: d'una banda, li fa prestar atenció deliberada a la seva pròpia conducta, i per altre, a registrar-la d'acord amb un sistema que s'estableix prèviament. Entre els avantatges d'aquesta tècnica figura el fet de que es tracta d'un procediment eficaç i relativament poc costós, apropiat per a la mesura de conductes encobertes o d'aquelles que es produeixen en un entorn de privacitat o intimitat, a més de no ser un procediment intrusiu. Un altre avantatge de l'autoobservació és el seu potencial valor terapèutic, ja que pot motivar el procés de canvi i pot actuar com un component actiu de la intervenció que en ocasions és ja útil per si mateix (Avia, 1986). Respecte al que apunta l'autor, convé advertir que altres components del programa fomenten l'autoobservació i el registre de conductes amb propòsits concrets, especialment el component de reestructuració conductual i cognitiva, el qual persegueix l'objectiu específic de la modificació d'aquelles conductes i cognicions considerades negatives. En contrast, el component de registre de dades ofereix una gran versatilitat ja que permet registrar una gran varietat de tipologies de variables, ja siguin conductes, el resultat d'aquestes, ambientals o d'altres que tenen una relació remota amb l'usuari. Així, per a determinats tractaments pot resultar transcendent recollir variables psicofisiològiques atès que aquestes representen indicadors directes de la incidència de certs trastorns psicològics i físics. Dins el tractat de Fernández-Abascal i Roa (2009) dedicat a l'avaluació psicofisiològica es recull un llistat d'aquests trastorns així com les variables psicofisiològiques mesurades. Entre aquests s'esmenta la cefalea tensional, la hipertensió essencial, l'insomni, les migranyes o els trastorns respiratoris, entre d'altres, els indicadors dels quals convé monitoritzar.



Es podria enumerar un gran nombre d'aquestes variables en funció dels aspectes que cada persona desitja avaluar o modificar, entre les quals podem citar:

- *Variables fisiològiques objectives:* pes, volum corporal, ritme cardíac en repòs, pressió arterial, temperatura, etc.
- *Variables psicofisiològiques subjectives:* grau d'ansietat percebuda, por, benestar, fatiga, estat d'ànim, etc.
- *El resultat de la conducta valorat objectivament:* nombre de cigarretes fumades, calories consumides, minuts d'exercici físic, nombre de desconeguts amb que el subjecte s'ha relacionat durant un dia, nombre d'hores dedicades a l'estudi, etc.
- *El resultat de la conducta valorat de forma qualitativa:* grau de qualitat del treball dut a terme, nivell d'activitat física, etc.

També pot ser útil consignar altres variables de tipus ambiental que es poden relacionar amb el subjecte però que no acostumen a estar sota el seu control directe, com la temperatura exterior, pressió atmosfèrica, nivell de contaminació, minuts d'espera en un embús de trànsit, etc.

Segons el procés de canvi en què estigui compromès, l'usuari triarà aquelles que li resultin rellevants per a fer-ne la monitorització. Així, en un tractament de l'obesitat convé supervisar variables com el pes, la mida corporal, les calories consumides, la valoració subjectiva de la quantitat de menjar ingerit, el grau d'exercici físic realitzat, el nivell de gana, etc. Aquestes variables resultaran irrellevants, però, per a una persona que ha decidit seguir un tractament de deshabitació del tabac. En aquest cas seran més oportunes variables com la quantitat de cigarretes consumides, nivell d'ansietat percebuda o la sensació de deprivació. La tecnologia informàtica ofereix potència, rapidesa i comoditat a l'hora de registrar, emmagatzemar i tractar tot aquest conjunt de dades. L'ús de telèfons mòbils equipats amb potents sistemes operatius permet la popularització de software de suport que faciliti totes aquestes tasques, relegant així el paper i el bolígraf com a auxiliars de la memòria.

Idealment, convindria que la persona que decidís utilitzar aquesta aplicació com a mitjà de suport psicològic o com un ajut en les seves accions de canvi personal, utilitzés diàriament el programa i introduís habitualment les dades monitoritzades. No en va un dels principals objectius d'aquesta aplicació és promoure l'adherència al procés de canvi i alhora facilitar el tractament gràcies als mitjans que posa a disposició. Un cop dins el sistema, les dades seran tractades de tal manera que es donarà a conèixer a l'usuari l'evolució del seu programa de canvi personal, i fins i tot tindrà l'oportunitat de descobrir *insights* valuosos sobre aspectes personals desconeguts, circumstància que descriurem en la ressenya corresponent al component de feedback. Atorgant encara un major protagonisme al mitjà informàtica, la *intel·ligència artificial* del programa podria advertir a l'usuari, en funció de complexos algorismes, de tendències rellevants que afecten a les variables monitoritzades. Per exemple, si un cop introduïdes les dades el programa detectés que durant l'última





setmana s'ha produït una davallada continua i significativa de l'estat d'ànim de l'usuari, se li podria concedir el permís per a advertir-lo de tal circumstància. Això no resulta baladí si tenim en compte que certs usuaris tenen un grau d'autoconsciència molt alterat com a conseqüència de trastorns psicològics o mèdics molt incapacitants, com l'esquizofrènia, deficiències mentals, demències, etc. Recordem que la flexibilitat constitueix un principi bàsic en el disseny d'aquesta aplicació, fins al punt que l'usuari ha de poder tenir l'oportunitat de decidir el grau de supervisió que desitja, des del control absolut del procés fins a delegar en la *intel·ligència artificial* del programa àmplies funcions, com aquelles que possibiliten l'autoregulació de la conducta.

### **Implementació**

- L'usuari podrà crear tantes variables com vulgui monitoritzar.
- Podrà crear alarmes perquè el programa li recordi la conveniència d'introduir determinades dades.
- L'aplicació podrà suggerir a l'usuari el perfil de variables comú a determinats tipus de programa de tractament (aprimament, deshabitació d'addiccions, control de l'estat d'ànim, etc.).

### **COMPONENT 'REESTRUCTURADOR CONDUCTUAL I COGNITIU'**

Les persones no poden idear estratègies per a controlar i canviar les seves maneres d'actuar si no en són plenament conscients. Thoresen i Mahoney (1974), creadors del model d'autocontrol, ens adverteixen, però, que no acostumem a ser bons observadors de les nostres conductes. Qualsevol tècnica que promogui l'autoobservació farà més fàcil el camí que condueix a una percepció personal més ajustada a la realitat. L'orientació cognitivo-conductual de la psicoteràpia té un fonament eminentment empíric i atorga un gran valor a l'autoobservació i registre de conductes, cognicions i emocions com a mitjà per a assolir un coneixement més objectiu de la persona. L'anàlisi conductual permet identificar els factors antecedents i conseqüents que mantenen i motiven la conducta, coneixement decisiu a l'hora d'instaurar pautes de comportament més funcionals. Respecte a aquesta qüestió, els autors citats anteriorment afirmen que les persones exerceixen l'autocontrol en la mesura que aconsegueixen modificar el medi extern així com el seu propi medi intern, promovent així un canvi significatiu en llur comportament. Aquest procés no resulta fàcil atès que el canvi implica l'aplicació de conductes amb una baixa probabilitat d'ocurrència que han de competir amb altres conductes alternatives amb conseqüències immediates més positives. La reestructuració cognitiva, procés paradigmàtic de la teràpia cognitivo-conductual, s'adreça precisament a modificar el medi intern de la persona, els pensaments, tot seguint el model A-B-C proposat per Albert Ellis. El creador de la teràpia racional emotiva ens adverteix, contràriament al que pensen moltes



persones desconexades dels fonaments teòrics de la psicoteràpia, que no són els esdeveniments (A) els causants de la conducta (C), sinó les cognicions del subjecte davant aquests esdeveniments (B), autèntiques artífex del comportament. Si acceptem aquest simple esquema, ràpidament ens adonarem del potent instrument que se'ns posa a disposició per a modificar la nostra vida, ja que no podem oblidar que una bona part d'aquesta depèn de la nostra forma de comportar-nos. Per això, la reestructuració cognitiva pretén substituir els pensaments i els esquemes cognitius disfuncionals per altres de més realistes i útils, amb l'esperança que la conducta resultant resultarà més beneficiosa. El pas previ consisteix en l'observació atenta del pensament per part del propi subjecte, únic ésser que pot accedir-hi, i d'aquí la transcendència de posar a la seva disposició instruments que facilitin el procés. Per a fer-lo, la teràpia cognitivo-conductual ha ideat una gran varietat de models d'autoregistre i diverses estratègies metacognitives per mitjà de les quals el subjecte pot portar a la consciència i examinar aspectes de la seva vida que havien passat desapercebuts.

La psicoteràpia, el *coaching* i altres activitats formalitzades amb la finalitat d'instaurar canvis positius en la vida de les persones comparteixen 3 processos bàsics:

- Observació.
- Avaluació.
- Modificació.

Els components d'anàlisi i reestructuració cognitiva i conductual que es descriuen en aquest treball pretenen emular aquestes fases i promoure que el propi subjecte s'observi i sigui capaç de formular-se i contestar preguntes com:

- *Què faig? Què penso?*
- *Quines conseqüències té?*
- *Quines accions cal per a corregir les disfuncions identificades?*

En definitiva, es pretén facilitar l'autoobservació i el registre de conductes, cognicions i emocions, identificar les disfuncions presents i idear alternatives més beneficioses. Així per exemple, una persona amb un estil de pensament depressogen pot arribar a concebre diverses vegades al llarg de la jornada pensaments com '*No ho aconseguiré mai*' o '*Sóc un fracassat*'. El component de reestructuració cognitiva li instarà a escriure aquestes autoverbalitzacions, en promourà l'examen per tal d'identificar els aspectes subjectius i objectius implicats, i comparar-les amb altres autoverbalitzacions devaluadores habituals o amb un llistat d'errors cognitius freqüents. Les instruccions educatives del programa proporcionaran ajut a l'usuari durant aquest procés, l'advertiran de les conseqüències negatives d'aquesta forma de pensar sobre les emocions i la conducta i, finalment, li instaran a substituir aquestes cognicions per altres de més funcionals.

Per a ésser útil i provocar canvis permanents, un programa d'aquestes característiques ha de promoure que la persona emprengui aquest exercici



d'introspecció diàriament, de forma que surti a la llum els esquemes cognitius habituals íntimament arrelats en la personalitat. Com a segon exemple, ens podem trobar un individu que dedica un temps valuós de la seva jornada laboral a fer activitats improductives i indesitjades, com deambular a través d'Internet en hores de treball o revisar el correu electrònic repetides vegades, sense adonar-se que aquestes activitats disminueixen de forma considerable la seva productivitat i l'allunyen dels seus objectius. Per bé que sigui conscient de les conseqüències negatives d'aquesta conducta, la poca habilitat o tenacitat a l'hora d'observar-se pot impedir-ne la correcció. El component d'anàlisi i reestructuració conductual del programa facilitarà la reflexió sobre les activitats realitzades diàriament pel subjecte, la distinció entre les positives i les negatives, les desitjables i les indesitjades, i l'ajudarà a l'hora d'establir pautes personalitzades d'actuació que les substitueixin. Indubtablement, l'èxit d'aquesta estratègia d'anàlisi i modificació cognitiva i conductual depèn de la implicació personal i regular de la pròpia persona (preferiblement diària), ja que sense la voluntat de canvi res no és possible. El programa facilita aquest procés ja que proporciona una plataforma còmoda i versàtil per tal de registrar la informació recopilada, el component psicoeducatiu que li assistirà en el procés, a banda de la possibilitat de regular les activitats d'introspecció gràcies a la programació de recordatoris regulars.

### **Implementació del reestructurador conductual**

L'aplicació permetrà que l'usuari apunti i descrigui les conductes negatives, assenyali les alternatives beneficioses, i llur emmagatzematge per a una possible avaluació posterior. També convé que el programa faciliti la reflexió de l'usuari. Aquest tindrà llibertat per a omplir les variables indicades per l'aplicació que desitgi i fins i tot implementar-ne de noves. Respecte a això, no hem d'oblidar que la flexibilitat i l'adaptabilitat són principis bàsics en el disseny d'aquest programa. A més de les indicades, l'usuari podrà definir variables personalitzades, com per exemple, *motiu perquè no he implementat la bona conducta*, *intensitat de la conducta perjudicial*, etc.

Variables i processos:

#### 1. Hora / Lloc / Període analitzat.

Es recomana que l'anàlisi sigui diària. L'analitzador de conductes s'ha d'albirar com un autèntic examen de la jornada i esdevenir un hàbit en la vida de la persona.

#### 2. Situació.

Medi extern (esdeveniments activadors) i intern (emocions, estat psicofisiològic, pensaments).

#### 3. Descripció de la conducta negativa / Durada / Intensitat

Es pot introduir manualment o verbalment o es pot escollir a partir d'una base de dades que contingui conductes negatives estandarditzades pel propi usuari. Moltes conductes perjudicials es repeteixen i l'estandardització d'aquestes en permetrà el tractament estadístic i l'avaluació. Així, l'usuari

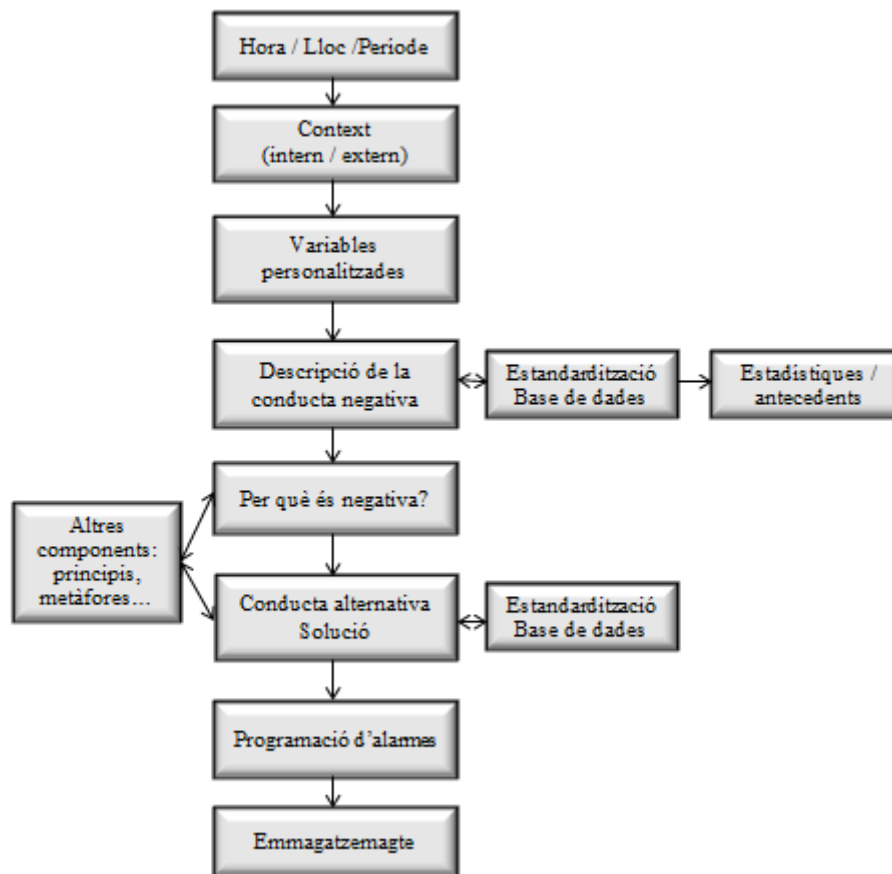


podrà conèixer la freqüència d'aquestes conductes, períodes de remissió, factors ambientals desencadenants, etc. A més, les conductes estandarditzades es podran associar amb solucions estandards, com veurem més endavant.

4. El programa mostrarà *dades estadístiques i gràfiques* relacionades amb aquesta conducta, freqüència, evolució, etc. Es pretén aconseguir una major conscienciació de l'usuari respecte als aspectes que cal millorar.
5. *Motius perquè la conducta es considera perjudicial*  
Aquest apartat pretén estimular la reflexió sobre la pròpia conducta. Es ben sabut que el tractament semàntic de la informació produeix una empremta mnèsica més profunda que el tractament superficial de les dades, com podria ser el cas de la lectura irreflexiva.
6. *Suport psicoeducatiu personalitzat.*  
L'usuari tindrà l'oportunitat d'associar conductes errònies estandarditzades a materials considerats psicoeducatius elaborats per ell mateix, com metàfores, contes, proverbis, principis existencials. Aquests constitueixen components del programa que també poden utilitzar-se de forma independent. Així per exemple, la conducta negativa estandarditzada '*Aquest matí m'he distret molt deambulant per Internet*' es podria associar amb la folla de la cigala i la formiga o al principi personal '*Fes les prioritats primer, després tindràs temps per a l'oci*'. Es pretén així fomentar la conducta positiva a través de narracions i principis alligadoradors més enllà de consignes directes i els bons propòsits.
7. *La conducta desitjada / Solució*  
En aquest apartat l'usuari descriurà la conducta alternativa que es considera beneficiosa i estratègies per a la seva implementació. Les solucions poden haver estat estandarditzades i associar-se a altres components, per exemple, a principis bàsics ideats per l'usuari.
8. *Variables personalitzades.*  
L'usuari tindrà l'oportunitat de crear variables segons el propi criteri. Es pretén aconseguir una major personalització del programa.
9. *Programació d'alarmes.*  
En cas que l'usuari desitgi que el programa li avisi i li recordi aspectes com el compliment de les esmenes suggerides, l'inici del procés d'introspecció, etc.
10. *Emmagatzematge.*  
L'aplicació emmagatzemarà totes les operacions realitzades per l'usuari. La traçabilitat és un principi fonamental del programa ja que facilita l'autoavaluació o la supervisió per part d'una tercera persona. Per això, es donarà l'oportunitat a l'usuari de revisar conductes passades, anàlisis elaborades anteriorment, el resultat estadístic, etc.



### Processos i variables del reestructurador de conductes



### Implementació informàtica de l'analitzador i reestructurador de cognicions

Aquest component es basa en les tècniques de reestructuració cognitiva les quals s'adrecen tant a identificar com a modificar les cognicions desadaptatives posant de relleu el seu impacte perjudicial sobre la conducta i les emocions. Existeixen diversos models per a aconseguir aquests objectius, entre els quals destaca la teràpia racional-emotiva d'Ellis (1980; Ellis i Bernard, 1990), la teràpia cognitiva de Beck (1976), la reestructuració racional sistemàtica de Goldfried i Goldfried o l'entrenament autoinstruccional de Meichenbaum, però el procediment bàsic és similar en tots els casos i consisteix en identificar els pensaments erronis o disfuncionals i el seu qüestionament i substitució per altres de més realistes, funcionals o simplement útils.

La teràpia cognitivo-conductual utilitza freqüentment els *autoregistres* per a identificar i registrar l'activitat interna de les persones. Sovint adopten un format estàndard basat en el model A-B-C d'Ellis, procés que s'estén per a qüestionar i substituir aquestes cognicions (D-E-F):



A	B	C	D	E	F
Situació	Pensaments	Conducta / emocions	Qüestionament	Pensaments substituts	Conseqüència
'M'he creuat amb un veí i no m'ha saludat'	'M'ha ignorat. Li caic malament. Ningú no m'estima'	Sentiments depressius. Conducta d'aïllament	'Quines proves tinc que m'hagi ignorat? Podria ser que no m'hagués vist?'	'En realitat no tinc cap evidència de que li caigui malament. Fins ara m'havia saludat. És probable que no m'hagi vist'	Conducta d'obertura envers el veí.

Usualment, el pacient escriu sobre paper aquest registre. La tecnologia informàtica disponible avui dia, especialment els dispositius mòbils (tablets, telèfons equipats amb sistemes operatius avançats) haurien de facilitar aquest procés d'autoobservació. Tanmateix, a data d'avui s'observa un desfasament entre les possibilitats que ofereixen aquests mitjans i l'ús real que se'n fa. Als manuals dedicats a la teràpia cognitivo-conductual encara es troben poques referències a la possibilitat d'emplenar aquests registres a través de mitjans tan populars com els telèfons mòbils. El component que es descriu en aquest apartat pretén en certa manera esmenar aquesta deficiència i emfasitzar la potencialitat i utilitat que suposa el registre i qüestionament dels pensaments mitjançant programes informàtics. Així per exemple, resulta més senzill enregistrar un pensament negatiu de forma verbal mitjançant un programa suportat per un telèfon mòbil que escriure'l sobre un paper que no sempre està disponible.

Idealment, convindria anotar i qüestionar aquests pensaments a mesura que es produeixen. Per bé que el programa que descriu pot implementar l'aplicació corresponent, probablement resultarà més pràctic dedicar un temps diari a aquest menester a manera d'examen de la jornada. Aquesta modalitat d'ús és la més recomanable per tal de promoure l'adherència del subjecte al procés de canvi. A l'hora d'enregistrar els pensaments disfuncionals en tindran en compte les següents variables:

1. *Hora / Lloc on s'ha donat el pensament negatiu.*
2. *Situació*  
Medi extern (esdeveniments) i intern (emocions, estat psicofisiològic, pensaments). Context on ha ocorregut.
3. *Descripció del pensament negatiu.*  
Igual que en el cas de les conductes disfuncionals, l'usuari podrà introduir manualment o verbalment el pensament o escollir pensaments estandarditzats que el propi usuari hagi descrit anteriorment pel fet de donar-se amb certa freqüència
4. *Intensitat i grau de certesa.*



5. El programa mostrarà *estadístiques i informació en forma gràfica* sobre aquest pensament en cas que estigui estandarditzat (freqüència, intensitat, dies d'aparició, esdeveniments activadors). Es pretén que l'usuari s'adoni de la repetibilitat de la seva forma de pensar i detecti possibles esquemes cognitius.

#### 6. Qüestionament.

Durant aquesta fase el programa donarà suport educatiu per a ajudar a l'usuari a qüestionar el pensament. Per això es pot recórrer a procediments com el qüestionament de l'evidència, reatribució, recerca d'interpretacions alternatives (tècnica de les dues o tres columnes), recerca de solucions alternatives, descentrament i contrastació de prediccions catastròfiques. Una manera d'afavorir el procés és que el programa formuli preguntes a l'usuari per tal de motivar la seva reflexió. També li mostrarà un llistat dels errors habituals si aquest té dificultats per a identificar la irracionalitat del seu pensament. En Beck (1983) trobem un llistat de distorsions cognitives típiques, entre les quals es troba la inferència arbitrària, personalització, abstracció selectiva, sobregeneralització, pensament dicotòmic, desqualificació d'allò positiu o les afirmacions '*Hauria de...*'. D'acord amb la teràpia racional-emotiva també es poden suggerir algunes de les principals creences irracionals que segons Ellis (1979, pàgs. 160-162) acostumen a cometre les persones així com les corresponents alternatives racionals, per exemple: '*Per haver estat afectat intensament una vegada per alguna cosa, la meua vida quedarà afectada indefinidament*', davant la qual es pot interposar la més profitosa '*Hauria d'aprendre de les experiències passades per a no estar pendent d'elles o amb prejudicis.*'

#### 7. Identificació del tipus d'error (tipus d'error / esquema cognitiu).

Durant la fase anterior probablement el subjecte haurà identificat el tipus d'error cognitiu comès, ja sigui a partir de la llista de distorsions cognitives de Beck, de les creences irracionals d'Ellis o de la seva pròpia llista d'errors estandarditzats. Ara convé que el subjecte classifiqui l'error. Aquest procediment té una finalitat avaluadora i per a facilitar el tractament estadístic corresponent que promourà l'*insight*. A part del tipus d'error també es podrà establir una classificació més ampla, equiparable al concepte d'*esquema cognitiu*. Ex:

- Pensament desadaptatiu: '*M'he creuat amb el veí i m'ha ignorat expressament*'.
- Tipus: Inferència arbitrària.
- Esquema cognitiu: Necessitat d'aprovació (personalitat narcisista).

#### 8. Suport psicoeducatiu personalitzat.

L'usuari tindrà l'oportunitat d'associar errors cognitius estandarditzats al material considerat psicoeducatiu elaborat per ell mateix, com metàfores, contes, proverbis, principis, els quals constitueixen components del programa que també poden utilitzar-se de forma independent. Així per exemple, un subjecte que encaixi malament les crítiques podria registrar el





pensament 'A. *m'ha criticat, tot ho faig malament*'. Aquesta distorsió podria donar-se amb freqüència denotant un esquema cognitiu desadaptatiu i poc realista. Aquesta mena d'errors es podrien sintetitzar sota el títol "*Incapacitat per acceptar les crítiques*" i aquest es podria associar a principis d'actuació ja elaborats pel propi subjecte (component 'principis') com "*L'important és estar a gust amb el que un fa, sense importar l'opinió dels altres*" o amb la *faula de l'ase i la família*, que de manera metafòrica mostra les conseqüències de guiar-se excessivament pel criteri d'altri.

9. *Descripció del pensament alternatiu funcional.*

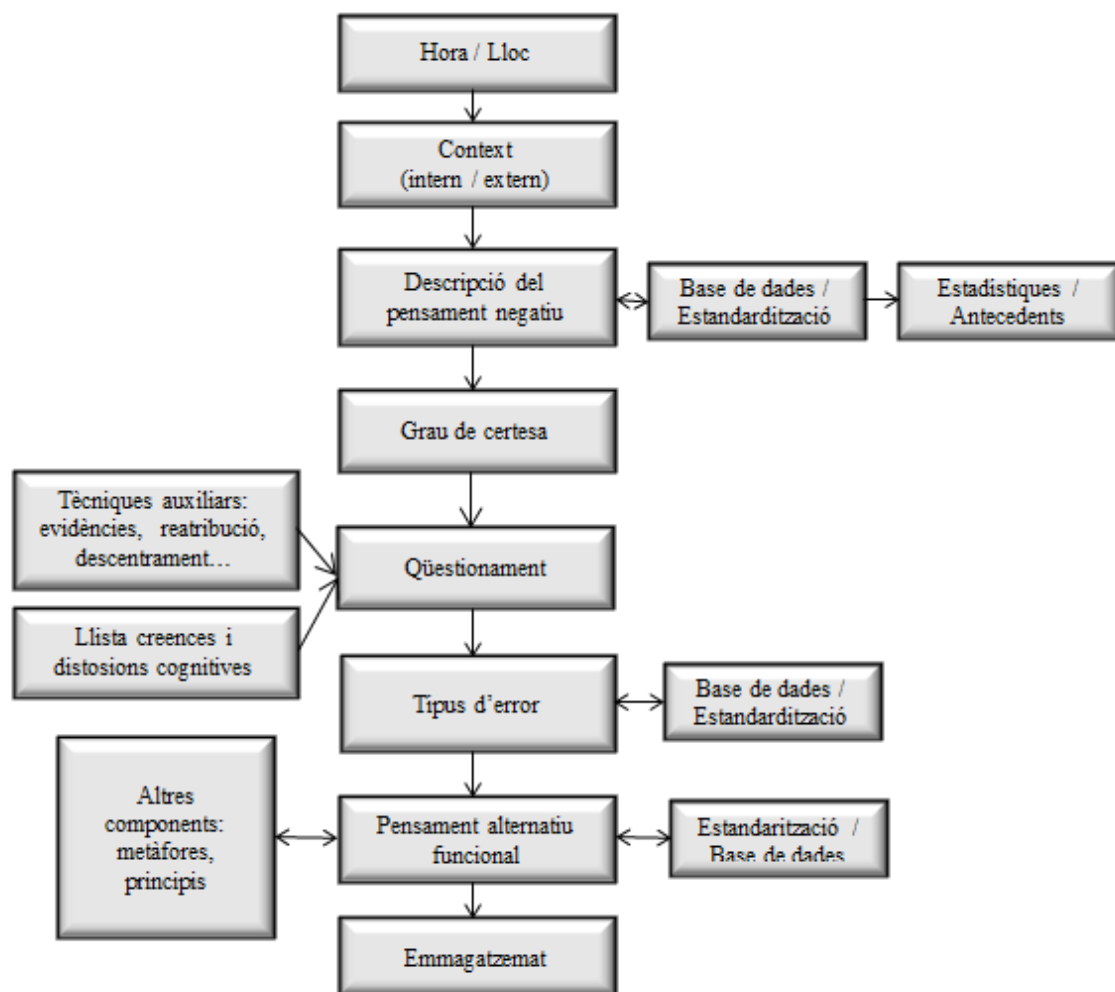
Aquest es podrà estandarditzar i associar a errors cognitius estàndards i a components psicoeducatius.

10. *Emmagatzematge de la informació.*

Convé que durant aquestes fases el programa proporcioni ajudes que pal·lin l'absència de la figura del conseller professional o psicoterapeuta. Cal especialment instruir a l'usuari respecte al model A-B-C en què es basa la teràpia cognitiva així com els mètodes disponibles per tal de qüestionar els pensaments negatius. El programa haurà de ser molt flexible, de manera que l'usuari pugui crear les seves pròpies variables, aquelles que siguin rellevants per a la seva situació, que pugui visionar els errors passats comesos i les solucions ideades, estandarditzar errors i solucions típiques, així com associar aquests a altres components, especialment als principis personals, metàfores i contes.



Processos i variables del reestructurador de cognicions



**COMPONENT 'AUTOEXPRESSIÓ'**

Tal com cita Pennebaker (1997), virtualment totes les formes de psicoteràpia promouen el benestar físic i mental així com la reducció del malestar (Mumford, Schlesinger, Glass, 1983; Smith, Glass, Miller, 1980). La identificació del problema i la discussió de les causes i les conseqüències són processos comuns en totes les teràpies. El propi fet d'assistir-hi pressuposa que el subjecte reconeix l'existència d'un problema i que està disposat a exterioritzar-lo. El mer acte de l'autorevelació (*disclosure*) esdevé un potent agent terapèutic que explica un percentatge substancial de la variància del procés terapèutic.

Més enllà dels resultats de les investigacions sobre els beneficis de l'autoexpressió, ja sigui escrita o oral, nombroses persones n'han relatat des d'una visió personal els beneficis. Així, al llarg dels segles, dramaturgs, poetes, novel·listes i escriptors de diaris han testimoniat el vincle entre emoció, autorevelació i salut. Per exemple, Virginia Woolf (1989) relata que després



d'escriure *To the Lighthouse* van cessar els seus sentiments obsessius en relació a la seva mare: *'I did for myself what psychoanalysts do for their patients. I expressed some very long felt and deeply felt emotion. And in expressing it, I explained it and then laid it to rest'* (p. 90). De fet, l'autoexpressió escrita a través de diaris té una llarga història literària (Abbs, 1998) i el poder terapèutic de l'escriptura ha estat recollit per escriptors com Goethe (*Werther*), Henry Miller i la seva reacció davant l'abandonament de June, Anais Nin i el seu diari, Isabel Allende i el seu llibre *Paula* (DeSalvo, 1999). No obstant, alguns consideren a Progoff (1975) com el fundador de la teràpia del diari personal, el qual l'ha desenvolupada com una forma d'autoajuda (Adams, 1990).

Els efectes benèfics de l'escriptura autoexpressiva han estat avaluats acuradament i sotmesos a metanàlisi (Smyth, 1998) i diverses revisions, per exemple, Esterling et al. (1999). Alguns investigadors fins i tot es declaren molt optimistes pel que fa a l'ús de l'escriptura com a instrument terapèutic. Per exemple, Murray i Segal (1994) conclouen que l'escriptura pot produir canvis comparables als de la psicoteràpia breu i que aquests canvis són producte d'un processament cognitiu i emocional de l'experiència traumàtica.

Per a avaluar-ne l'efecte terapèutic,, els investigadors s'han basat en una sèrie de mesures sobre la salut física i mental. Així per exemple, s'ha vist que escriure o parlar sobre experiències emocionals es pot associar a reduccions significatives en les visites als metges. També s'han trobat influències benèfiques pel que fa al sistema immunitari. De la mateixa manera, s'ha vist que l'autorevelació produeix canvis a curt termini en l'activitat del sistema autonòmic (descens del ritme cardíac i l'activitat electrodermica), en l'activitat muscular (reducció de tensions involuntàries). Smyth (1998) va realitzar una metanàlisi basat en els estudis de l'autorevelació escrita i conclou que en general escriure sobre temes emocionals s'associa a reduccions significatives de l'ansietat (distress).

També s'han detectat canvis conductuals. Per exemple, Pennebaker i Francis (1996) consignen que un grup d'estudiants universitaris que escrivien sobre temes emocionals van mostrar millores en el seu rendiment acadèmic en els mesos posterior a l'estudi en comparació a un grup de control. També s'ha vist que professionals amb àmplia experiència que havien estat despatxats de la seva feina trobaven un altre treball més ràpidament quan escrivien (Spera, Buhrfeind, i Pennebaker, 1994). Igualment, Francis i Pennebaker (1992) van comprovar en relació al personal que treballava en una institució acadèmica que escriure sobre temes emocionals s'associava a taxes menors d'absentisme laboral (Francis i Pennebaker, 1992).

Molts d'aquests estudis s'han elaborat utilitzant el *paradigma bàsic d'escriptura*. En aquest es compara un grup de control al qual normalment se li demana escriure sobre termes superficials, amb un altre grup al que se li insta a escriure sobre els temes assignats durant 3 o 5 dies consecutius, 15 o 30 minuts diaris. A continuació citem un exemple adaptat de Pennebaker (1997) d'instrucció estàndard per al grup de l'escriptura:



"Durant els pròxims 3 dies voldria que escriguessis sobre els teus pensaments i sentiments més profunds en relació a un tema emocional molt important que t'hagi afectat a tu i a la teva vida. Per mitjà del teu escrit voldria que realment exploressis les teves emocions i pensaments més profunds...durant aquests dies pots escriure sobre els mateixos temes generals o experiències o sobre diferents temes cada dia..."

Per a explicar l'efecte de l'autorevelació s'han proposat dos models molt amplis:

- *Inhibició i revelació.* La teoria original que va motivar els primers estudis de l'escriptura es basava en l'assumpció del fet que no parlar sobre fenòmens psicològics importants representa una forma d'inhibició. Aquest treball inhibitori es reflecteix en l'activitat del sistema nerviós central i autonòmic i es podria considerar un estressor de baix nivell a llarg termini (Selye, 1976). Tal estrès podria causar o exacerbar processos psicossomàtics i incrementar el risc de malalties i altres trastorns relacionats amb l'estrès. Si restringir pensaments, sentiments o conductes associades a una agitació emocional resulta estressant, podríem suposar que accions que possibilitin la seva "ventilació", com parlar o escriure sobre aquestes experiències, hauria de reduir aquest estrès (per a una completa discussió d'aquesta teoria veure Pennebaker, 1989).
- *Canvis cognitius associats a l'acte d'escriure.* Diversos estudis han demostrat convincentment que escriure sobre un trauma fa més que permetre la reducció del processos inhibitoris. Per exemple, Krantz i Pennebaker (1996) relaten un estudi on es compara tres grup de subjectes. El primer va expressar una experiència traumàtica a través del moviment del cos; el segon ho va fer inicialment a través del cos i després per mitjà de l'escriptura; i un tercer únicament es va dedicar a fer exercici físic. Mentre que els participants dels dos grups moviment-expressió van informar que se sentien millor i mentalment més sans durant els mesos posteriors a l'estudi, només el grup que addicionalment es va expressar per mitjà de l'escriptura va mostrar millores significatives quant a la seva salut física i en el promig de les seves qualificacions acadèmiques. Els autors conclouen que la mera expressió del trauma no és suficient. Es produeixen més guanys en la salut quan les experiències es traslladen al llenguatge.

S'han elaborat estudis que pretenen esbrinar quins individus es podrien beneficiar més de l'escriptura. Pennebaker (1993b) cita un estudi on es va trobar que les persones que es beneficiaven especialment de l'escriptura eren qualificades com més intel·ligents, reflexives i amb més contacte amb les seves emocions. Tanmateix, la pobre fiabilitat interjutges d'aquest estudi ha conduit al desenvolupament de sistemes informàtics d'anàlisi de textos per tal de valorar la qüestió. Així, Pennebaker, Mayne i Francis van analitzar les dades dels subjectes experimentals de 6 estudis d'escriptura i van trobar que els subjectes que més beneficis per a la seva salut obtenien eren aquells que escrivien més



paraules que expressaven emocions positives així com un nombre moderat de paraules que expressaven emocions negatives, mentre que els subjectes que no s'havien beneficiat (per molt que haguessin escrit sobre els seus traumes) escrivien menys paraules de contingut positiu i major o escassa quantitat de paraules de contingut negatiu. Finalment, van trobar que el grup més beneficiat coincidia amb aquell que a l'inici de la investigació escrivien poques paraules que denotaven nexes lògics i causals (per exemple, *causa, efecte, raó*) i d'insight o autoreflexió (per exemple, *entendre, adonar-se, saber*), però sí moltes en l'última sessió. Això sembla indicar que els participants anaven construint històries i narracions a mesura que progressava l'experiència. El primer dia descrivien el fet traumàtic de forma desorganitzada, sense seqüència i ordre. Però després d'uns dies, a mesura que escrivien sobre el mateix esdeveniment, als seus escrits anava prenent forma una història coherent amb un inici, part mitjana i final identificables. Pennebaker i els seus col·laboradors conclouen que la gent es beneficia quan van transformant una experiència traumàtica en una narració que els permet explicar i entendre els fets traumàtics, en anar configurant un impacte que havia estat inicialment desorganitzant. Aquesta configuració narrativa produïa una reorganització dels pensaments i sentiments relacionats amb el fet traumàtic.

En certes condicions, escriure un diari personal pot constituir una veritable teràpia escrita. Wright i Chung (2001) defineixen aquesta com el procés d'escriptura reflexiva i expressiva del client, ja sigui generada per ell mateix o suggerida per un terapeuta o investigador. Lanza (2006) cita diverses modalitats d'escriptura, en concret, l'escriptura de cartes (sense enviament) (Lanza, 2005a), l'escriptura ocasional, en les que es transcriuen les situacions crítiques o paradigmàtiques que experimenta el subjecte, i l'escriptura sistemàtica d'un diari d'autoexploració, amb objectius específics i una varietat de formes que el diferencien del clàssic diari personal. Per exemple, gràcies al diari d'autoexploració, durant els períodes entre sessions el pacient pot consignar per escrit allò que s'ha parlat durant la sessió terapèutica així com els fets viscuts durant la setmana, activitat que pretén potenciar l'*insight* i la capacitat d'autoobservació, a més de promoure el paper actiu de la persona en el seu procés terapèutic.

Respecte a l'escriptura esporàdica, Lanza (2006) valora la seva utilitat. Segons ell, les persones poden viure situacions interpersonals de gran intensitat emocional que per diversos motius no acaben expressant-se en el vincle, com ara el cas d'una filla que té cura de la seva mare, gran i malalta, a qui no pot expressar els seus sentiments d'hostilitat. En aquests casos, escriure una carta (sense enviar-la) en què s'expressen aquests sentiments permet l'alliberament d'aquests, alhora que es facilita una millor comprensió dels diversos aspectes de la relació. En altres casos, l'escriptura esporàdica davant situacions difícils permet que el subjecte aclareixi que sent i pugui posicionar-se d'altra manera. Respecte a això, Pennebaker afirma que el 70% dels subjectes que van participar en els seus experiments van assegurar que l'escriptura els havia ajudat a entendre's millor. Tal com cita un participant: "*un resultat de l'experiment és haver assolit la pau mental, i un mètode per alleujar les experiències emocionals. Haver de posar per escrit emocions i sentiments em va ajudar a entendre com em sentia i per què*" (Pennebaker, 1990, p. 94).



Wright (2002) recull una sèrie d'evidències basada en estudis empírics pel que fa a manera terapèutica d'escriure:

- La descripció d'esdeveniments traumàtics o experiències ha de ser tant vívida i detallada com sigui possible. Serveix escriure en primera persona i incloure expressions i sentiments relacionats amb esdeveniments i experiències. D'altra banda, Lanza (2006) recomana que en les successives ocasions en que es torni a escriure entorn una situació traumàtica és important aprofundir en la descripció, incloent-hi cada vegada elements nous i més detallats.
- L'escriptura ha de ser el més lliure possible, sense limitar-se per l'estil, la gramàtica, l'ortografia i la cronologia.
- És possible que el fet d'escriure sobre esdeveniments traumàtics o experiències reestimuli els sentiments de dificultat inicials. Cal que el subjecte en sigui conscient i compregui que l'*autoconfrontació* forma part del procés.
- És important que els participants es donin temps a ells mateixos per a rellegir el que han escrit i proporcionar-se *feedback*, per exemple: *quan llegeixo això sento..., noto...estic sorprès de...*
- És important proporcionar al subjecte que escriu coneixements sobre el fonament terapèutica del procediment.

### **Implementació del component 'Autoexpressió'**

El programa posarà a disposició de l'usuari els aplicatius que cito a continuació. En el cas de la modalitat verbal, el software possibilitarà l'enregistrament i l'escolta del material sonor. En tots els aplicatius s'oferirà informació a l'usuari sobre l'ús terapèutic de les tècniques. Tota la informació serà emmagatzemada de manera que l'usuari podrà accedir a ella quan ho desitgi, buscant per paraules clau, data, assumpte, destinatari, etc.

#### ▪ **Diari personal**

Similar al diari personal tradicional on les persones escriuen experiències, pensaments, sentiments i esperances.

*Variables:* data, localització, espai per a l'escrit.

#### ▪ **Diari focalitzat en el problema**

Facilitarà que el subjecte pugui expressar-se en relació a problemes concrets. A diferència del cas anterior, aquests problemes no es vinculen a una data concreta ja que pot tractar-se d'un tema recurrent. D'utilitat especial per al processament d'esdeveniments traumàtics ja passats, modalitat propera al *paradigma bàsic d'escriptura* ja citat i a la teràpia escrita que han utilitzat els investigadors a l'hora d'identificar els beneficis d'aquest tractament.





*Variables:* assumpte o problema, dia d'escriptura, espai de l'escrit. També es podrà programar alarmes perquè el programa recordi el subjecte que ha d'escriure o llegir sobre el tema que ha indicat. Tal com he assenyalat anteriorment, la relectura del material escrit pot resultar terapèutica.

- **Cartes** (no enviabls)

Caldrà identificar tema, destinatari, assumpte, data i espai de la carta.

## COMPONENT 'RESOLUCIÓ DE PROBLEMES'

A l'escrit de Becoña (1993) trobem els fonaments teòrics així com la descripció i aplicació de la teràpia de solució de problemes en què es basa aquest component. La necessitat d'aquest es deriva de la investigació empírica. Així, tal com han mostrat D'Zurilla i Nezu (1999, 2007):

- Existeix una clara relació entre els dèficits a l'hora de resoldre problemes i els estats emocionals negatius (ansietat, preocupació i depressió).
- La solució de problemes modera la relació entre els esdeveniments estressants i el malestar psicològic posterior: els subjectes que solucionen més eficientment els seus problemes aconseguen reduir de manera més eficient els efectes negatius de les situacions estressants.

Cal tenir present que no són les situacions en si les que originen l'estrès sinó la interpretació que en fem i la forma de gestionar-les. Aquest principi ja figura, per exemple, en el *model transaccional de l'estrès* de Lazarus i Folkman (1984) centrat en les transaccions que es produeixen entre la persona i el seu entorn, en què les variables ambientals (per exemple les demandes de la tasca) i les variables de la persona (per exemple les interpretacions cognitives que fa o les respostes d'afrontament), interactuen i s'influeixen entre si. En conclusió, l'estrès i els estats emocionals disfuncionals sorgeixen de la combinació de factors ambientals i també personals.

De les tres teràpies de solució de problemes assenyalades per Mahoney i Arnkoff (1978), la proposta per D'Zurilla és la que ha rebut més atenció i s'ha utilitzat més en teràpia. En els últims anys aquesta ha estat modificada amb el nom de teràpia de solució de problemes socials (D'Zurilla i Nezu, 1982). Aquesta denominació es justifica pel fet que els problemes que afronten les persones acostumen a ser d'índole personal i interpersonal. La TSP és un procés cognitiu, afectiu i conductual per mitjà del qual l'individu pretén identificar o descobrir solucions eficients als problemes que se li presenten en la seva vida quotidiana (Becoña, 1993). L'objectiu últim és millorar la competència social i disminuir el malestar psicològic, objectius bàsics per al programa que vull dissenyar. Amb la TSP tenim l'oportunitat d'aprendre una habilitat general que podem emprar en diverses situacions, que ens permetrà un canvi de conducta més positiu, generalitzat i amb efectes duradors (Chang, D'Zurilla i Sanna, 2004). Es pot



considerar alhora un procés d'aprenentatge, una estratègia d'afrontament general i un mètode d'autocontrol (D'Zurilla i Nezu, 2007).

La TSP segueix 5 passos, que de forma molt sucinta podríem resumir així:

1. *Orientació envers el problema.*

- Fomentar les creences d'autoeficàcia.
- Saber reconèixer els problemes.
- Veure els problemes com a reptes.
- Utilitzar i controlar les emocions en la solució de problemes.
- Aprendre a parar-se i pensar abans d'actuar.

2. *Definició i formulació del problema.*

- Recopilar informació rellevant sobre el problema basada en fets.
- Aclarir la naturalesa del problema.
- Establir una meta realista de solució de problemes.
- Reavaluar el significat del problema per al benestar personal i social.

3. *Generació de solucions alternatives*

- Principi de quantitat.
- Principi d'ajornament de judici.
- Principi de varietat.

4. *Presa de decisions.*

- Anticipació dels resultats de la decisió.
- Avaluar (jutjar i comparar) els resultats de la solució.
- Preparar un pla per a la solució.

5. *Posada en pràctica i verificació de la solució*

- Execució de la conducta escollida.
- Autoobservació de la conducta i/o resultat.
- Autoavaluació, comparant el resultat actual amb el resultat esperat.
- Autoreforçament.
- Si el resultat no ha estat l'esperat → Investigar el procés i fer els canvis necessaris per a arribar a un resultat satisfactori.

En un llenguatge més simple, es tracta de respondre a les següents qüestions:

1. Quin problema o problemes tinc?
2. En què consisteix? (definició i formulació del problema)
3. Quines possibles alternatives de solució existeixen? (elaboració d'una llista de totes les possibles solucions).
4. Seleccionar la millor solució (triar la millor solució tenint en compte conseqüències personals, socials, econòmiques, viabilitat, esforç, etc.).
5. Aplicació de la solució i verificació del resultat.



## Implementació informàtica

La facilitat que proporcionen els ordinadors a l'hora de tractar la informació fa que el procés de resolució de problemes resulti molt més còmode, ràpid i informat. L'aplicatiu guiarà a l'usuari a través de totes les fases indicades i li instarà a introduir la informació necessària, a més de proporcionar-li suport psicoeducatiu d'acord amb els plantejaments de D'Zurilla. La plataforma farà molt més simple l'avaluació quantitativa de les solucions proposades (el subjecte puntuarà cada solució segons determinats criteris, com les conseqüències a curt i llarg termini, dificultat, grau d'acord amb les pròpies conviccions morals, etc.), ja que farà el càlcul associat a totes les solucions proposades i n'assenyalarà la millor. La capacitat d'emmagatzematge del programa possibilita que l'usuari pugui treballar amb una possible solució per després passar a fer-ne l'avaluació de les següents. Tot el procés quedarà enregistrat perquè pugui revisar-se en qualsevol moment (no oblidar que la TSP preveu la recapitulació del procés en cas que les solucions intentades no donin l'èxit esperat). Pel que fa a la fase de generació d'alternatives, el programa pot assistir a l'usuari amb mètodes específics d'entre els molts que s'han ideat per a aquest propòsit, com ara la *pluja d'idees*. Finalment, es podran programar alarmes per a recordar l'usuari la necessitat d'avaluar les accions engegades.

## COMPONENT 'REGLES DE CONDUCTA PERSONAL'

L'interès de les persones per regular la conducta ve de molt antic. Els deutes manaments de la religió catòlica representen un exemple prototípic on apareixen de manera explícita regles de conductes considerades necessàries. D'altra banda, les normes i pautes de conducta personal constitueixen una part fonamental de tots els llibres d'autoajuda. En llibres tan famosos com els de Dale Carnegie (1988) en podem trobar una bona recopilació: *no imites als altres; posi passió en les seves tasques; apreni a relaxar-se en el seu treball; compti els seus encerts, no els seus problemes*, etc.

Sense negar la bondat d'aquests consells, presenten l'inconvenient de que provenen d'una font externa al subjecte que els rep. Aquest no participa en la seva elaboració, condició necessària a l'hora de regular la conducta en funció dels propis valors. Aquesta confiança en la capacitat de l'individu per a seguir el propi criteri és compartida per Carl Rogers, un dels fundadors de la psicologia humanista. Giordani (1997, p. 74) en cita alguns principis importants que reflecteixen la importància que aquest autor atorgava a la capacitat d'autodirecció de l'ésser humà, en concret, confiança en la pròpia experiència, no acceptació la valoració dels altres com a guia, l'experiència és la màxima autoritat i l'home està dotat d'una força constructiva.

Citant a Rogers:

*"...ell pot trobar dintre si mateix un criteri de valoració sobre una base organísmica que si és seguit en l'edat adulta, així com va ser adequat durant la infància, podrà actuar com l'instrument capaç de fer front de*



*forma constructiva, flexible i socialment fecunda els inquietats problemes de valor marcats per la societat en què vivim".*

En aquest paràgraf es posa de manifest la confiança que tenia Rogers en la capacitat de l'ésser humà per guiar-se en funció dels propis valors. No en va, la centralitat de la persona humana constitueix un principi bàsic de la psicologia humanístico-existencial. Segons aquesta, l'home és un ésser actiu que tendeix envers una finalitat i és capaç d'experimentar la pròpia existència. Això comporta una concepció dinàmica de la persona que implica la seva reconstrucció, una funció determinant de l'autodeterminació, i un projecte i ideal propis. Aquesta confiança en l'agència humana contrasta amb perspectives molt més deterministes, com la psicoanalítica i la conductista

Les normes de conducta s'han de basar en la pròpia experiència. Per assaig i error, al llarg del seu decurs vital el subjecte ha constatat personalment les conseqüències de la seva conducta. Així, una persona que pateix alcoholisme ha pogut aprendre per experiències passades que entrar en un bar comportarà probablement recaure en l'addicció. En aquest cas, una norma d'actuació assenyada es podria formular com: "*Mai no entraré en un bar*". En el cas d'una dona que ha estat maltractada repetidament per diverses parelles i mostra una tendència inconscient a la repetició, durant el període de tractament terapèutic podria considerar la necessitat de seguir la regla: "*Durant el tractament no tornaré a sortir amb cap home passi el que passi*". Aquestes regles beneficioses per al subjecte hauran de competir amb les contingències de la vida diària. La conducta autoregulada exigeix que la conducta no estigui determinada pels estímuls ambientals, si més no, fins al punt de que el subjecte es vegi arrossegat per circumstàncies incontrolables.

Aquests principis i normes personals tenen un àmbit més concret i pràctic que altres constructes definits per la psicologia, com les *actituds*, els *valors*, les *creences*, les *normes socials*, etc. Així per exemple, habitualment es defineixen els valors humans com objectius trans-situacionals d'importància diversa que serveixen com a principis de guia en la vida de persones o grups. Resumint investigacions passades sobre valors, Schwartz (1992) defineix aquests com els conceptes o creences que actuen com regles del que és més desitjable a l'hora d'avaluar esdeveniments, conductes i persones. En contrast amb les actituds, els valors transcendeixen situacions específiques, estan ordenats en el subjecte segons una jerarquia d'importància, imposen normes de desitjabilitat i són menys nombrosos i més centrals en la personalitat que les actituds.

Per bé que aquest component del programa que proposo també pot ser utilitzat per a fer visibles aquests valors i actituds, la seva funcionalitat té una projecció més pràctica en la vida de l'usuari. Es tracta de que aquest pugui escriure i revisar regles concretes de conducta útils per a la seva vida, més enllà de valors abstractes de difícil aplicació. Podem considerar aquesta perspectiva com un punt intermedi entre aquests valors de difícil concreció i altres components del programa que exigeixen un compromís d'acció més decidit per part de l'usuari, com els contractes conductuals o el sistema d'economia de fitxes. Durant les contingències de la vida diària, sense el recolzament periòdic d'una figura de suport com podria ser un conseller o un psicoterapeuta, i sense el suport material d'allò que ha estat escrit, és fàcil que els bons propòsits de canvi s'esvaeixin. Precisament el principal benefici



d'aquest programa és proveir al subjecte del record periòdic dels seus compromisos personals.

### **Implementació informàtica**

Els objectius de les funcions implementades seran:

1. Recordar periòdicament normes útils de conducta basades en l'experiència la vulneració de les quals comporta conseqüències perjudicials per al subjecte.
2. Promoure l'observació de la pròpia conducta. Comprendre la influència de les contingències diàries en les desviacions conductuals.
3. Consolidar el sentit d'autocontrol i autodeterminació.

Les regles personals de conducta es concreten en les següents variables:

- *Tipus de regla:* -Valors generals -Norma de conducta -Tipus personalitzat (p.ex. consell).
- *Àrea:* social, personal, laboral, familiar, etc.
- *Contingut.* Per exemple: "No entraré mai a un bar", "No ajudaré al sistema capitalista comprant ximpleries".
- *Motiu per instaurar-la o què succeiria si es produeix l'incompliment.* Per exemple: "Quan vaig a dormir més tard estic malhumorada l'endemà".
- *Valoració de la seva importància.*

*Aplicatiu:*

- *Assistent per a la creació de normes personals.*
  - Les normes es poden crear sense ajuda de l'assistent simplement omplint les variables indicades.
  - L'assistent ajudarà a crear aquestes normes si ho desitja l'usuari. Per a això el guiarà pas a pas. És important que el subjecte no introjecti normes que no hagi comprés ja que es tracta que reguli la seva conducta en base a la pròpia experiència. Per això, a banda d'escriure en l'aplicació la regla personal, haurà d'especificar les conseqüències que acostuma comportar el seu incompliment. Durant aquest procés el programa proporcionarà suport educatiu.



- *Consultor de normes.*
  - Per tipus.
  - Per àrees.
  - Per grau d'importància.
  - Aleatòriament.
  - Mode progressiu. Aquesta modalitat permet que l'usuari vegi totes les normes emmagatzemades en el sistema sense repetir-ne cap. També podrà triar quantes normes vol visualitzar en una sessió determinada.
  - Presentació completa.
  
- *Programació de normes*

L'usuari podrà establir recordatoris de normes, per exemple, que cada dia en iniciar el programa es visualitzi un nombre determinades d'elles.

### **COMPONENT 'CONTRACTES CONDUCTUALS'**

Sovint les persones es comprometen a canviar aspectes de la personalitat o conductes que consideren indesitjables. Sovint aquesta voluntat de canvi no acaba per concretar-se d'una manera clara, detallada, en forma d'objectius i per escrit. Aquest impuls inicial de canvi tendeix a esvaïr-se al llarg del temps. La volatilitat de la memòria així com la ràpida successió d'esdeveniments diaris que viu el subjecte acaben per debilitar els bons propòsits. Precisament, un dels avantatges d'assistir periòdicament a sessions terapèutiques és la possibilitat de fer reviure aquest impuls, a banda del fet que un terapeuta o conseller pot ajudar-lo a especificar de manera clara els objectius de canvi i proporcionar-li suport regular. Quan no hi ha accés a aquest suport extern, el recurs a tècniques de motivació autosubministrades pot constituir un bon pal·liatiu. El fet que els contractes conductuals s'utilitzin amb assiduitat en la teràpia cognitivo-conductual i que l'adaptació al medi informàtic resulti senzilla, converteixen a aquesta tècnica en una bona candidata per a promoure la motivació del subjecte i ajudar-lo a fer el seguiment de les accions engegades.

Al tractat de Labrador, Larroy i Cruzado (1993) podem trobar la descripció d'aquesta tècnica així com els requeriments d'aplicació. El *contracte conductual* és un document escrit en què s'especifiquen les conductes que una o diverses persones es comprometen a fer així com les conseqüències que obtindrà. Per bé que aquest procediment ens pot semblar un tant artificial, hem de tenir en compte que moltes de les nostres conductes diàries estan regulades per contractes, ja sigui de naturalesa explícita o implícita. Precisament, la forma implícita i no expressada del contingut d'aquests provoca que sovint la gent no porti a terme conductes considerades adaptades i beneficioses. Per tant, és molt important detallar-les i materialitzar-les en forma escrita. En concret, caldrà especificar:

- Les conductes que han de fer les persones que s'hi comprometen, així com la seva temporització.





- Les conseqüències que tindrà el fet de no acomplir aquestes conductes.
- Conseqüències de fer-les.
- Els criteris d'avaluació amb què es decidirà si s'han acomplert els criteris.
- Moment en que s'obtindran les recompenses o les sancions.
- Moment d'inici i durada del contracte.
- Convé que els que s'hi comprometin el signin.

Pel que fa al fonament teòric, es considera que els contractes conductuals junt a l'economia de fitxes constitueixen els principals sistemes d'organització de contingències. Aquests es basen en tècniques operants, en concret, el condicionament operant, on les contingències derivades de l'actuació de l'individu reforcen positivament o negativament la conducta i, per tant, en promouen l'autocontrol. En aquest cas, el reforçament és administrat pel propi usuari, tasca que és més fàcil de regular gràcies a l'assistència proporcionada per l'ordinador. La intenció última de la tècnica és animar als subjectes a què emprenguin les tasques i transformacions que ells mateixos consideren necessàries. Òbviament, prèviament cal que percebin la necessitat de canvi i alhora sàpiguen quins aspectes cal modificar. Es tracta d'una eina de canvi més que d'*insight*. No obstant, atès que els contractes requereixen l'avaluació per part de l'individu de les seves pròpies accions, també fomenta l'autoobservació.

Quant a les evidències empíriques, cal destacar la investigació de Vinson i Dever-Sales (2000). Aquests van conduir un estudi pilot on 80 pacients amb alcoholisme havien d'elaborar contractes conductuals amb l'ajut d'un programa d'ordinador. Després de 12 mesos, les puntuacions dels tests que avaluen la severitat de l'addicció havien disminuït en major proporció que el grup de control. Aquests autors conclouen que les intervencions assistides per ordinador poden constituir una eina efectiva i eficient a l'hora de tractar l'alcoholisme en el context de l'assistència primària.

### **Implementació informàtica**

El programa ha de proporcionar la plataforma per a escriure i emmagatzemar aquests contractes, proporcionar suport psicoeducatiu per a guiar l'usuari durant llur realització, accés als contractes ja elaborats, i finalment, assegurar la supervisió del seu compliment.

Centrant-nos només en els contractes individuals, el programa instarà a l'usuari a que introdueixi la següent informació:

- Actiu sí/no.
- Títol del contracte.
- Objectius que es volen aconseguir.



- Nom del contractant.
- Data de realització del contracte.
- Conductes o fites que es volen assolir (és molt important que siguin concretes i avaluables, i basar-se en aspectes positius).
- Data d'avaluació dels resultats (el programa avisarà a l'usuari).
- Recompensa o bonus per l'assoliment de cada una de les fites o del contracte global.
- Sanció per l'incompliment de cada objectiu o pel contracte global.
- Dies de recordatori (el programa recordarà a l'usuari que té un contracte vigent).

El programa avisarà a l'usuari quan hagi d'avaluar l'acompliment del contracte i també permetrà establir recordatoris previs. Tots els contractes es podran emmagatzemar i reactivar quan així s'estableixi. Igualment, el programa facilitarà una presentació elegant del contracte que permeti la impressió i la signatura.

### **COMPONENT 'PARAULES INSPIRADORES'**

Des de l'antiguitat s'han utilitzat contes, dites, faules, paràboles, refranys, cites, anècdotes, analogies, màximes i altres narracions amb alt contingut metafòric per tal de transmetre la saviesa popular, veritables consells de vida que es podrien considerar una modalitat més de suport psicològic. Els contes i rondalles encarnen el recolzament simbòlic del saber popular on es reflecteixen formes convenients d'actuar i viure. Per exemple, el conte de "*La caputxeta vermella*" subtilment ens adverteix del perill que representa refiar-nos de les aparences; a contes de fades com "*El príncep granota*" o "*La bella i la bèstia*" es revela amb gran força metafòrica el poder del amor per sobre de qualsevol altra consideració, alhora que se'ns prevé igualment quant a la inconsistència de les aparences; la faula de "*La cigala i la formiga*", atribuïda a Isop, ens transmet la importància de la laboriositat i ens adverteix dels perills de la desídia. L'efecte terapèutic d'aquestes narracions es vehicula a través de la metàfora. En ella, el receptor percep, conscientment o inconscientment, analogies entre una narració que aparentment se situa dins un escenari molt diferent al seu, i la seva situació particular. Aquest procediment indirecte de transmetre consignes contrasta amb altres mètodes més transparents o directes que s'utilitzen en psicoteràpia. De fet, la persuasió que exerceix el terapeuta per mitjà d'arguments racionals constitueix un element habitual de la teràpia, si més no en les més directives. Altres vegades, la participació del pacient és més evident, com en el cas del diàleg socràtic i la reestructuració cognitiva en general, que també constitueixen procediments que pretenen transmetre formes de vida i de pensar alternatives. El missatge de la metàfora, però, segueix una via indirecta, disfressat sota la forma de narracions fantàstiques i personatges carismàtics que constitueixen un *setting* terapèutic encobert. Aquest component del programa pretén rescatar la influència benèfica que des de sempre han exercit aquestes perles de saviesa, de manera que l'usuari pugui accedir fàcilment a elles, seleccionar-les en funció de les analogies que tenen amb els seus propis problemes, arreplegar-les, i si



s'escau, compartir-les amb altres usuaris a través d'internet. A més, el component promourà la participació activa de l'usuari de manera que hi reflexioni, identifiqui situacions semblants en la seva vida, i finalment, es decideixi a aplicar el missatge transmès.

Sovint els terapeutes i els seus pacients tenen dificultats a l'hora de comunicar determinat contingut per mitjà del llenguatge literal. La utilització de metàfores pot representar un bon recurs per a expressar-se d'una forma més comprensible. Autors com Lakoff i Johnson (1980) han ressaltat la importància de les metàfores, fins al punt de considerar-les com unes de les eines més importants de què disposem a l'hora de copsar allò que no pot ser aprehès totalment: els nostres sentiments, experiències estètiques, practiques morals i consciència espiritual. Per a aquests autors, les metàfores són omnipresents en la vida quotidiana de les persones, no tan sols en el llenguatge, sinó també dins l'àmbit del pensament i l'acció. El nostre sistema conceptual ordinari, en termes del que pensem i d'allò que fem, és essencialment de naturalesa metafòrica. Pel que fa a l'àmbit específic de la psicoteràpia, Lenrow (1996) n'ha descrit les següents funcions:

- 1) Proporcionen un model de bona disposició per assajar noves maneres de percebre el comportament.
- 2) Simplifiquen els esdeveniments en termes d'esquemes o conceptes on s'emfasitzen algunes propietats més que altres.
- 3) Aporten a la comunicació una qualitat íntima o personal degut a l'evocació d'imatges que catalitzen.
- 4) Barregen qualitats serioses i "juganeres" que faciliten al terapeuta comunicar particularitats íntimes del pacient sense semblar tan intrusiu com en una intervenció més directa. Les dissimilituds entre la persona i els referents metafòrics faciliten que el pacient consideri les possibles similituds existents sense sentir la necessitat d'aixecar barreres contra nous conceptes d'ell mateix.
- 5) Les metàfores mostren l'equivalència afectiva de conceptes o esdeveniments aparentment diferents. Una metàfora adient pot promoure que el pacient examini les pròpies maneres d'afrontar les situacions obrint així noves possibilitats de conducta.

A Costa i Lopez (2009) trobem una descripció molt entenedora de l'ús de les metàfores en el context de la psicologia clínica. Al igual que els autors anteriors, desgranen algunes de les funcions que poden proporcionar:

- 1) *Reduir les resistències al canvi.* Sentir una metàfora en comptes de la consigna directa del terapeuta per tal de suscitar un canvi en el pacient resulta menys amenaçador. La metàfora representa una manera subtil de comunicar una cosa en termes d'una altra, a més de permetre recrear-nos amb escenes i personatges que suscitin emocions susceptibles de ser ben percebudes i acceptades. Alhora, serveixen per descol·locar les



conviccions habituals del pacient en situar les coses des de perspectives inusuals que possibiliten altres interpretacions.

- 2) *Atraure l'atenció.* Les metàfores constitueixen senyals i missatges atractius per al consultant. La narració metafòrica encarna una manera inusual d'emprar les paraules que provoca estranyesa i en desperta l'interès. D'aquesta manera, el narrador pot utilitzar la metàfora per cridar l'atenció envers arguments que d'altra manera passarien desapercibuts.
- 3) *Provocar emocions.* Sovint les metàfores adopten la forma de contes i altres narracions farcides d'imatges i accions que susciten fortes reaccions emocionals en el receptor.
- 4) *Facilitar la comprensió.* Les metàfores aporten comprensió i explicació allà on el llenguatge literal no pot fer-lo o no resulta convincent.
- 5) *Eixamplar la perspectiva.* Proporcionen una bona ocasió perquè el consultant revisi críticament els seus punts de vista, com ara postures inflexibles tipus blanc o negre, i descobrir que existeixen altres perspectives. Així, poden descobrir nous significats i nous aspectes sobre ells mateixos o els altres, sobre les relacions interpersonals i sobre els problemes sobre els que consulten. Amb la narració el subjecte troba similituds entre la situació que viu i la història narrada, coincidència que li permetrà observar-se des d'una perspectiva diferent.
- 6) *Facilitar la comunicació d'experiències subjectives.* De vegades els pacients tenen moltes dificultats per expressar llur experiència subjectiva. El recurs a la metàfora facilita posar en paraules intel·ligibles allò que resulta inexpressable. Un exemple d'aquest ús és el cas del pacient deprimit que afirma "veure-ho tot de color negre". Evidentment, no és pot entendre textualment la frase, cosa que situaria el problema en l'àmbit de la percepció. Per contra, la frase resumeix en molt poques paraules i de forma entenedora els sentiments depressius que sent.

El text que es transcriu a continuació representa un ús específic de la metàfora per a explicar el valor de la perseverança:

*Dues granotes van caure dins un pot de nata. Nedem!, va dir una. Impossible! -va dir l'altra- Això es massa tou per poder saltar i massa espès per poder nadar. Si hem d'enfonsar-nos, que sigui com mes aviat millor. I es va deixar morir. L'altra granota va seguir pedalejant tota la nit i a l'endemà es trobà reposant sobre una sòlida mantega menjant-se les mosques que hi acudien.*

Comprenem l'efecte que ens produeix narracions d'aquest tipus si el comparem amb el produït pels missatges més literals que podria proporcionar un terapeuta o assessor: "Només aquells que persisteixen a l'hora de cercar solucions a les seves dificultats o per a assolir els objectius que pretenen



*aconseguir obtenen la recompensa desitjada. Per contra, aquells que abandonen fàcilment l'empeny es veuen abocats al fracàs"*

Com veiem, l'enginyosa narració de les dues granotes resulta més creativa i atractiva a l'hora d'encoratjar a persones que passen per situacions difícils, que veuen florir els sentiments d'indefensió i estan a punt de *tirar la tovallola*. A més, són especialment apropiades per als infants, ja que aquests acostumen a ser molt receptius a la fantasia i poden utilitzar-se per estimular-ne la imaginació. No oblidem que el context lúdic és essencial en la teràpia amb infants.

Quant a l'aplicació de les metàfores en el context clínic, Costa i López relaten el seu ús en el marc de l'educació per a la salut, el consell psicològic i en qualsevol altra activitat orientada a promoure la reflexió crítica i aconseguir que les persones acceptin més fàcilment modificar determinats aspectes de la seva vida. Dels criteris que enumeren aquests autors en relació a l'ús de les metàfores, esmento els següents per ser d'utilitat en el disseny del component que descriu en aquest apartat:

- Cal escollir relats o històries que siguin significatives per a l'usuari. Poden servir, per exemple, notícies de premsa, contes, anècdotes de la vida quotidiana, etc.
- La millor metàfora és la que proporciona el propi consultant.
- Pot resultar beneficiós realitzar exercicis experiencials a través dels quals l'usuari pugui extreure conclusions en relació al tema o problemes sobre els que consulta. Convé perllongar els efectes de la metàfora a través de l'autollenguatge.
- Les metàfores i el vocabulari s'han d'adaptar a l'edat i al context social i cultural del consultant.

Per tal de potenciar l'efecte de la metàfora convé que l'usuari expressi la seva opinió i n'extregui les seves pròpies conclusions, i si és possible, aprofitar-la per establir un diàleg o debat sobre la idea principal que transmet. També resulta beneficiós que el subjecte identifiqui situacions crítiques de la seva vida en què resulti útil la seva aplicació, i que decideixi si representa o no un valor important que convé promoure. També es pot recomanar maneres de portar a terme el consell expressat, per exemple: "*Si això és important per a vostè, com seria la millor manera de practicar-lo en altres contextos de la seva vida?*"

En el seu treball, Costa i López (2009) citen algunes obres que poden consultar aquells que desitgin trobar recursos relacionats amb les metàfores (Iriarte, 1979; Bádenas y López, 1985; Lakoff i Jonson, 1991; Calle, 1997) i també transcriuen algunes metàfores que poden emprar-se per inculcar idees terapèutiques importants:

*Faula del lleó que tenia por de beure* → La transcendència d'afrontar les pors.

*Animals ferotges, animals mansos* → Eixamplar la perspectiva.



*La faula de la papallona blava* → La importància de cercar noves solucions.

*El joc de la gallineta cega* → L'efecte perjudicial de concentrar-nos preferentment en la informació negativa.

*El pescador, la serp i la granota* → L'efecte de provocar inadvertidament conseqüències negatives.

*La faula dels cavalls* → Trobar els aspectes positius de les males experiències.

*Ulisses i la illa de les sirenes* → Comprendre la complexitat dels processos de canvi (amb la voluntat no basta, cal plantejar objectius i dissenyar estratègies).

*Un viatge en ruc* → Relativitzar el judici dels altres.

En una línia no tan metafòrica, Pridmore (2003) ha presentat una recopilació d'aforismes, màximes, epigrames i cites que poden ser d'utilitat per alguns terapeutes i pacients. Aquest autor els classifica sota diversos encapçalaments i en fa una explicació basada en el context de la psicoteràpia: cura, expectativa de felicitat, felicitat a través de l'assoliment, felicitat a través de complaure als altres, les limitacions de les nostres habilitats, el problema d'estar sol, les relacions amb els altres, treball i responsabilitat, oportunitats, preparació i resultat, por i preocupació, educació sexual i altres. Aquest autor conclou que els aforismes poden ser incorporats a la sessió terapèutica i tenen l'avantatge de representar l'opinió d'un no-professional. A més, poden proporcionar un nou *insight* o conclusió, o conduir a un nou entrenament del pensament. Com anècdota personal, aquest professor de psiquiatria cita dos aforismes que van influir considerablement en la seva qualitat de vida. El primer és: "*Tot el que necessitem per a ésser veritablement feliços és alguna cosa que ens apassioni*" (Charles Kingsley). Pridmore assegura que després de llegir-lo sobtadament es va comprendre millor i va copsar el sentit del concepte de la felicitat. Aquest aforisme té moltes similituds amb el de R.L. Stevenson ("*Viatjar amb esperança és millor que arribar*"). Tanmateix, aquest no li va causar el mateix efecte revelador, segons ens adverteix. D'això conclou que una sentència particular funcionarà per a un determinat individu en una moment concret de la seva vida, i no en altres circumstàncies (d'aquí la importància que té aquest component perquè l'usuari pugui construir el seu propi repertori). Finalment, Pridmore cita un segon aforisme que va impactar en la seva biografia: "*Un epigrama és una mitja veritat expressada de forma que enutja a la persona que creu en l'altre meitat*" (Shailer Mathews). De fet, personatges històrics han expressat el valor d'aquest tipus de sentències. Així, Winston Churchill va arribar a afirmar: "*It is a good thing for an uneducated man to read books of quotations*". De forma similar, Arthur Schnitzler, narrador i dramaturg austríac admirat per Freud, deixà escrit: "*In the heart of every aphorism, no matter how new or indeed paradoxical its demeanour, there beats an ancient truth*"

### **La implementació informàtica**

L'aplicació permetrà emmagatzemar, consultar, adquirir i compartir contingut textual i narratiu (metàfores terapèutiques, contes breus, faules, proverbis, dites,





consells, anècdotes, aforismes, etc.) classificat segons diversos criteris, com ara el tipus de missatge que es pretén inculcar o el problema que es vol consultar (per exemple, la transcendència de l'esforç a l'hora de canviar, la insensatesa que representa fer un cas excessiu al judici dels altres, el paper del nostre pensament a l'hora d'interpretar el món, etc). Tot seguint els consells de Costa i López, el programa facilitarà la reflexió entorn el material. Això és pot fet instant a l'usuari a que reflexioni sobre el missatge de la narració, demanant-li com la podria aplicar, si alguna vegada ha viscut una situació semblant, etc.

Variables:

Algunes són opcionals. Cal no oblidar que el missatge que proporcionen les metàfores és indirecte, i per això convé no elaborar una descripció acurada del contingut latent que expressen:

- *Tipus*: metàfora terapèutica, conte breu, anècdota, etc.
- *Modalitat*: verbal, audiovisual, escrita.
- *Àmbit d'aplicació*: la salut, la felicitat, el benestar, el treball, etc.
- *Problema al qual es pot aplicar*: sentiments depressius, apatia, estrès, la falta de sentit de la vida, por, etc.
- *Missatge principal*.
- *Paraules clau*.

Ús:

Es podrà accedir a les metàfores seguint diversos criteris, dels quals cal destacar el problema sobre el qual es vol consultar, per exemple, la por d'actuar (la faula del lleó que tenia por de beure). També se'n pot fer un ús més lúdic consultant de forma aleatòria el contingut. L'aplicació també permetrà emmagatzemar i consultar les reflexions suscitades i donarà a l'usuari l'opció de programar l'aparició del contingut segons un calendari establert o quan succeeixi un esdeveniment determinat, per exemple, en iniciar-se el programa. Finalment, les metàfores podran ser utilitzades en altres components del programa, especialment en l'analitzador de conductes i cognicions, ja que aportaran solucions als problemes descrits per l'usuari.

## COMPONENT 'FEEDBACK'

El seguiment i avaluació del canvi en el pacient és un dels trets característics de qualsevol teràpia. És evident que cal conèixer el resultat de les accions preses per tal de valorar si aquestes funcionen o cal modificar-les. L'avaluació mai no es limita a la primera fase del tractament, sinó que s'estén al llarg de les sessions amb la finalitat de conèixer l'eficàcia del tractament. A banda de la valoració del professional basada en el judici clínic i en mesures de tipus psicomètric, el subjecte en procés de canvi ha de recórrer a l'observació de la pròpia conducta, l'exercici de la introspecció, l'ús d'autoregistres i altres dispositius que permeten mesurar les variables objectiu de forma precisa per a aconseguir-lo. Així, està molt estès l'ús de bàscules per a monitoritzar el pes durant els règims d'aprimament, o altres aparells per tal de mesurar paràmetres fisiològics com el nivell de sucre a la sang o la tensió arterial. Sovint el resultat de la conducta resulta fàcilment quantificable, com és el cas del



nombre de cigarretes fumades o la quantitat de diners gastats, variables rellevants en el tractament de certes addicions.

Aquest coneixement forma part integrant de qualsevol procés de canvi conscient i té potents efectes motivadors quan els resultats són favorables ja que actuen com a incentius. Una possible conseqüència positiva del fet d'avaluar les accions dutes a terme és que el subjecte pot copsar per si mateix la relació existent entre accions i conseqüències. Aquesta relació contingent afecta a la percepció d'*autoeficàcia*, que es podria definir com la confiança que té la persona en la seva capacitat per canviar el decurs de les coses. També es relaciona amb el concepte de *locus de control*, una altra variable molt emprada dins l'àmbit de la psicologia de la motivació. Un locus de control intern implica que la persona percep que les circumstàncies presents en la seva vida depenen d'ell, o per dir-lo més planerament, no confia en el destí com a principi rector del decurs vital. Una persona amb alta percepció d'autoeficàcia i amb un locus de control intern, estable i global, confiarà en els seus esforços a l'hora d'emprendre accions per modificar aspectes indesitjables d'ell mateix o de l'entorn. En el pol contrari parlariem d'*indefensió apresada*, situació que es dóna en els estats depressius, quan el subjecte desconfia totalment quant a les seves possibilitats per a alterar el rumb dels esdeveniments, amb nefastes conseqüències per a l'autoconcepte. L'observació del resultat de la conducta afectarà al grau de confiança que té la persona pel que fa a la possibilitat de modificar aspectes personals. Aquesta retroalimentació pot promoure el locus de control intern, les expectatives d'èxit i el sentiment d'eficàcia, variables que des dels diferents models de la motivació es relacionen amb un alt grau de motivació. Per bé que no és el moment d'examinar de forma detallada els diversos models que s'han presentat per explicar la motivació humana, segons Bandura, com més gran és la percepció d'autoeficàcia i les expectatives de resultats, més gran és l'esforç i la persistència, i també s'incrementa la probabilitat d'experimentar emocions positives. Segons la teoria de Bandura (1977, 1997), de les quatre fonts d'informació de què disposa el subjecte sobre les expectatives d'èxit (experiència directa, experiència vicària, llenguatge oral o escrit, i estats fisiològics i estats d'ànim), la que influeix més sobre l'autoeficàcia és la derivada dels propis èxits. D'aquí la transcendència d'idear mètodes efectius de monitorització. Sovint, però, no resulta fàcil accedir-hi. Habitualment la gent no es pesa diàriament en una bàscula, ni compta el nombre de cigarretes que fuma durant el dia, ni calcula la quantitat de greixos que menja, de manera que amb el temps la seva salut es pot veure perjudicada de forma desapercebuda (augment de pes, risc de malalties). D'altra banda, sovint els canvis ocorren tan lentament que s'escapen a la nostra capacitat per a detectar-los i avaluar-los, de forma que es requereixen grans dosis de disciplina i compromís per a confiar en què les accions que hem engegat donaran fruit.

El component 'feedback' que es proposa en aquest apartat pretén facilitar l'avaluació del canvi amb la finalitat de què el subjecte pugui copsar la relació entre els seus esforços, factors personals i les conseqüències que se'n deriven. Per a fer-lo, tal com hem citat en altres apartats, és recomanable que l'usuari utilitzi habitualment el programa i introdueixi en el sistema els valors de les variables que hagi decidit monitoritzar (pes, cigarretes fumades, exercici físic, volum abdominal, despeses, etc.) per mitjà del component



d'enregistrament de dades o a partir d'altres aplicacions del programa. El component 'feedback' li oferirà dades estadístiques i gràfiques que relacionen les diverses variables presents amb tres objectius:

- Conèixer l'evolució de variables rellevants per al subjecte (*Com estic?*).
- Comprendre la relació entre conductes procanvi i els resultats obtinguts (*Funciona?*).
- Descobrir relacions que mai no havien estat detectades entre diferents variables (*insight*). (*Per què em passa el que em passa?*)

La retroalimentació proporcionada pel programa possibilita que el subjecte es faci conscient dels aspectes personals que desitja canviar i el resultat de les accions realitzades. Per bé que la monitorització de variables personals s'utilitza amb freqüència, per exemple a l'hora d'avaluar el pes en el tractament de l'obesitat, sovint passen desapercibuts per a la persona certs aspectes d'ell mateix, ja sigui perquè són inaccessibles a la consciència, perquè no hi pensa, o perquè la seva adequada valoració resulta massa dilatada en el temps. Pensem en el cas d'una persona que sovint es troba malhumorat. Tot i tenir consciència del seu estat emocional, després de dedicar un temps considerable a meditar-ne el motiu pot declarar-se impotent per a respondre a la qüestió de per què uns dies es troba en aquest estat i d'altres se sent feliç i relaxat. Se'ns fa evident que si aquesta persona pugés identificar els factors ambientals i interns que afecten al seu estat d'ànim adquiriria una competència més gran a l'hora de controlar-los. Sovint es defineix el terme *insight*, que podríem traduir al català com invisió, com la capacitat per a conèixer aspectes sobre un mateix que sovint passen desapercibuts. La recerca d'*insights* és un dels processos decisius per a algunes orientacions psicològiques, com la psicoanalítica o la humanista, ja que aquestes perspectives cerquen l'alliberament personal a través de la identificació i eliminació de les forces que determinen el comportament desadaptatiu, els motius inconscients en el cas de la primera, i les idees introjectades en el cas de la segona. Aquest procés d'autoconeixement alliberador ve mediat en el context clínic per la figura del psicoterapeuta, però qualsevol instrument o mètode que reveli al subjecte aspectes propis desconeguts produirà els mateixos efectes. Prosseguint amb l'exemple anterior, la persona esmentada podria utilitzar amb assiduitat el programa i introduir en el sistema variables com el nivell de benestar subjectiu. D'altra banda, podria utilitzar el component de reestructuració cognitiva i conductual per a tractar les cognicions negatives que experimenta. A petició de l'usuari, el programa compararà gràficament les variables oportunes i establirà les relacions estadístiques existents entre el seu estat d'ànim i variables com el nombre de pensaments negatius diaris, determinades tipologies d'error, hores dormides, quantitat d'exercici físic, quantitat de treball efectuat. Més enllà d'aquestes correlacions, el programa proposarà una equació que expressi matemàticament la relació entre totes aquestes variables, funció d'indubtable valor predictiu i terapèutic. D'aquesta manera, el subjecte aconseguiria un major *insight* respecte al seu problema anímic, identificaria els factors que contribueixen al seu estat d'ànim, i gràcies a l'equació descrita podria optimitzar els valors dels factors concurrents per tal d'aconseguir la vida més



perfecta segons el grau de coneixement disponible per la persona i el programa. Així per exemple, aquest podria detectar una forta correlació entre la disminució de les hores dormides, l'augment de les hores treballades i l'alt grau d'irritabilitat. Aquesta relació podria haver passat desapercebuda per al subjecte, i el seu coneixement li permetrà prendre les accions oportunes per aconseguir el canvi òptim. A més, un tractament de dades d'aquest estil no només pot ajudar a copsar insights beneficiosos, sinó que pot representar un instrument inestimable per als investigadors que cerquen determinar la relació entre els factors que afecten a la salut física i psicològica. No es estrany trobar persones grans que relaten relacions de causalitat entre el clima atmosfèric i els dolors percebuts. La monitorització assídua d'aquestes variables permetrà una resposta basada en el mètode científic.

### **Implementació informàtica**

*Variables monitoritzades:*

- *Definides per l'usuari* (nombre d'hores de TV que veig, pressió atmosfèrica, fatiga percebuda, estat d'ànim, nombre de minuts que prenc el sol...).
- *Recopilades pel programa.* Ja s'ha parlat del principi de traçabilitat. El programa emmagatzema tota la informació introduïda per l'usuari. Alguns components del programa recullen informació que pot servir per a promoure insights: freqüència de pensaments o conductes negatives, tipologies d'error, dia i hora en què ocorren, grau d'ús de les eines que proporciona el programa, percentatge de reforçadors aconseguits o percebuts, grau d'acompliment dels contractes conductuals signats, nombre de paraules de to emocional negatiu emprades en el component d'expressió, etc. Per exemple, el programa podria avisar a l'usuari quan trobés una correlació negativa molt alta entre el nombre d'hores dormides i el nombre de pensaments negatius estàndards consignats l'endemà. L'aflorament d'aquesta tendència, que ha pogut passar desapercebuda per l'usuari, li ajudarà a comprendre l'efecte saludable que comporta dormir el nombre d'hores suficients.

*Tractament de les dades:*

- *A petició de l'usuari.* Aquest podrà comparar les variables en què estigui interessat.
- *A suggeriment del programa.* L'usuari podrà sol·licitar que el programa examini la relació existent entre totes les variables de què disposi i que en mostri la correlació. Aquest és el millor mètode per a obtenir insights, i apel·la a la *intel·ligència artificial* del programa. Per tant caldrà dissenyar algorismes apropiats per aconseguir un tractament exhaustiu de les dades implicades
- *De forma gràfica.*
- *Per mitjà d'índexs estadístics,* com el coeficient de correlació de Pearson, anàlisis factorials, etc.



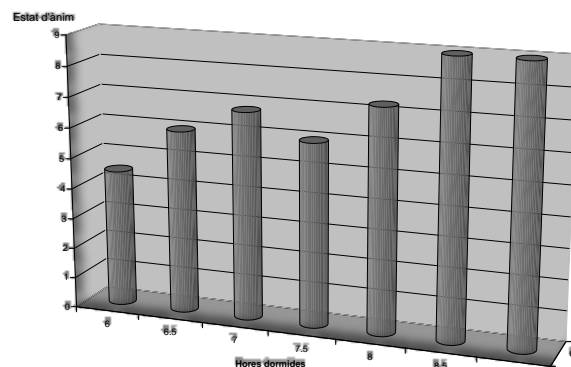
- Per períodes de temps, per dies determinats de la setmana, etc.

Exemple:

Per tal d'il·lustrar el possible tractament de les dades, a continuació s'indica el cas d'una persona que durant dues setmanes ha monitoritzat el nombre d'hores dormides i l'estat d'ànim valorat per ell mateix:

Dia	Hores dormides	Estat d'ànim (1-10)
1	8	8
2	7	7.5
3	7	7
4	6	4
5	7.5	6
6	8	7
7	9	9
8	7	8
9	6.5	6
10	6	3
11	7	5
12	8	7
13	6	5
14	8.5	9

A partir de la inspecció visual d'aquestes dades resulta difícil extreure conclusions valuoses. En canvi, el tractament gràfic permet evidenciar de forma fefaent la probable relació entre el nombre d'hores dormides i l'estat d'ànim:



Com veiem, se'ns apareix clarament la tendència que indica que com més gran és el nombre d'hores dormides millor és l'estat d'ànim. Fins i tot, es podria plantejar la hipòtesis de que dormir més de 8.5 hores no reporta un benefici apreciable, de manera que aquesta mitja hora d'excés podria considerar-se innecessària. D'altra banda, el programa permetria el tractament matemàtic d'aquestes dades i trobar estadístics com el coeficient de correlació de Pearson entre les hores dormides i l'estat d'ànim:



Coeficient de correlació = 0.83
---------------------------------

Aquest coeficient assenyalava a l'usuari una relació significativa i directa entre el nombre d'hores dormides i l'estat d'ànim.

### ALTRES COMPONENTS

La descripció detallada de tots els components que es poden incorporar resulta inabastable i excedeix el propòsit d'aquest treball. No obstant, podem proposar alguns més que es considerarien bàsics per tal d'acomplir les funcions que es descriuen dins la taula 1:

- **Conducta i recompensa.** Basat en l'administració de premis i recompenses contingents a la conducta positiva. Es podria utilitzar una aplicació simple on l'usuari programés objectius i les recompenses a obtenir en cas d'assolir-los, o altres de més complexes basades en els sistemes d'economia de fitxes. Tal com succeeix amb altres tècniques cognitivo-conductuals, l'adaptació al mitjà informàtic resulta viable i senzilla.
- **Relaxació.** Es tracta d'un component essencial si tenim en compte que la majoria dels trastorns i problemes psicològics es relacionen amb l'estrès o els nivells excessius d'activació psicològica. El programa ajudarà a l'usuari a disminuir el seu nivell d'activació psicofisiològica gràcies a l'ús d'exercicis guiats mitjançant missatges sonors o visuals. Es poden incloure tècniques com la relaxació profunda, la relaxació muscular progressiva de Jacobson, l'entrenament autogen, exercicis de meditació, entre altres. De fet, avui dia es comercialitza material audiovisual d'aquestes característiques fàcilment accessible.
- **Objectius, metes i calendaris.** Aquest component facilitarà l'establiment d'objectius i metes valuoses per a l'usuari, el seu seguiment al llarg del temps i la programació d'alarmes recordatòries. Es tracta d'un component especialment important per a fomentar que el subjecte mantingui la motivació al llarg del temps quan les metes proposades inclouen llargs terminis. En aquests casos, es recomana dividir els objectius en parts i programar submetes, accions facilitades pel programa.
- **Exportació / Importació de dades.** Es tracta d'una funció essencial si l'usuari requereix supervisió per part d'altres persones. L'aplicació permetrà emmagatzemar la informació recopilada en arxius exportables i enviar la informació a través d'Internet. Un altre possible ús consisteix en la importació de nous components i material d'altres usuaris (contes, metàfores, errors cognitius típics, etc.) per a ampliar les funcionalitats del programa. Cap la possibilitat de crear una *comunitat online* perquè els usuaris del programa puguin compartir les seves experiències, programes de tractament exitosos (baixar pes, combatre el tabaquisme), etc.





Per a usos més terapèutics, es podrien aplicar components d'**estimulació cognitiva**, útils per a la rehabilitació neuropsicològica, d'**exposició** a estímuls aversius, adients per a tractar trastorns fòbics, d'**autohipnosi**, **psicoeducatiu**, etc.

## APLICACIONS

Podem imaginar tantes aplicacions com usuaris utilitzin el programa, ja que en últim terme sempre són aquests els que adapten els instruments que utilitzen a les seves necessitats. En podem citar les següents:

- *Millora personal.* Per a persones amb un bon nivell de salut psíquica i física que volen millorar aspectes personals en recerca de l'excel·lència.
- *Tractament d'addiccions.* Atès el grau de prevalença en la població d'addiccions nocives (tabac, alcohol, drogues, ludopatia) convé posar a disposició de l'usuari un assistent que l'acompanyi diàriament en els seus esforços per lliurar-se d'aquests hàbits.
- *Problemes psicològics lleus o moderats.* El programa es podria emprar per a facilitar l'afrontament de pensaments i emocions negatives, conductes perjudicials i estats d'ansietat que usualment acompanyen les relacions interpersonals conflictives (conjugals, laborals, acadèmiques, etc.). Molts d'aquests problemes no necessiten el contacte amb el psicoterapeuta ja que apareixen ineluctablement durant decurs vital, però sovint requereixen la voluntat del subjecte a l'hora d'exercitar la introspecció i l'observació de la pròpia conducta, així com perseverança per a instaurar conductes i maneres de pensar més adaptatives. Precisament aquest és l'objectiu del programa proposat.
- *Problemes psicològics o de salut greus.* El programa pot servir com a mitjà de suport per al pacient durant els períodes entre les sessions terapèutiques. A més, pot utilitzar-se com a complement de la teràpia sempre que el professional personalitzi els paràmetres adients (elaborar autoregistres, programar exercicis, instaurar alarmes i recordatoris, etc). Aquesta última acció serà especialment útil per als pacients que requereixen un alt grau de direcció (esquizofrènia, demències).
- *Suport psicològic per a persones en entorns aïllats.* En funció de la seva localització geogràfica o a causa d'un entorn social molt empobrit, algunes persones troben difícil interactuar amb altres persones i demanar ajut. El programa pot esdevenir un acompanyant inestimable a l'hora de promoure i conservar la salut psicològica i física. S'ha parlat de què un dels majors entrebancs que hauran d'afrontar els astronautes que emprenguin llargs viatges espacials (missió a Mart) serà mantenir la convivència atès les reduïdes dimensions on hauran de viure. Un programa d'ús personal d'aquestes característiques podria ajudar-los a afrontar els pensaments i emocions negatives, a escriure cartes o diaris per a desfogar-se, a relaxar-se, o a rellegir regles de conductes autoimposades. La utilitat s'estendria a



l'avaluació i prevenció de la salut mental de l'astronauta, ja que el propi programa podria assenyalar tendències que denotin derives perilloses de variables relacionades amb salut psicològica. Qui estigui interessat en els efectes psicològics causats per llargues estances a l'espai pot recórrer a la revisió realitzada per Ephimia (2001).

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Abbs, P. (1998). The creative word and the created life: the cultural context for deep autobiography. A C. Hunt i F. SAMPSON (Eds.). *The Self on the Page: Theory and Practice of Creative Writing in Personal Development*. London: Jessica Kingsley.

Adams, K. (1990). *Journal to the Self: Twenty Two paths to Personal Growth*. New York: Warner Books.

Alderson, P. (1994). As plain as can be. *Health Service Journal*, 106, 28–29.

Avia, M.D. (1986). La auto-observació. A R. Fernández i J.A. Carroble (eds.). *Evaluación conductual*. Madrid: Pirámide.

Bádenas, P.; López, J. (trad.) (1985). *Fábulas de Esopo. Vida de Esopo. Fábulas de Barrio*. Madrid: Gredos.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unified theory of behavioral change. *Psychological review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nova York: Freeman and Company.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nova York: International Universities Press.

Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F; Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer (treball original publicat el 1979).

Becoña, E. (1993). Técnicas de solución de problemas. A F.J. Labrador, J.A. Cruzado i M. Muñoz (eds.) (1998). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*, pp. 710-743. Madrid: Pirámide.

Calle, R. (1997). *Antología de cuentos de la India y Tíbet*. Madrid: EDAF.

Carnegie, D. (1988). *Cómo disfrutar de la vida y del trabajo*. Barcelona: Edhasa.

Chang, E.C.; D'Zurilla, T.J.; Sanna, L.J. (eds.) (2004). *Social problem solving: Theory, research and training*. Washington, DC: American Psychological Association.



Costa, M.; López, E. (2009). El uso de metáforas en psicología clínica. A F.J. Labrador (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Cruzado, J.A.; Muñoz, M. (1998). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.

DeSalvo, L. (1999). *Writing as a way of healing*. Beacon Press, EEUU.

D'Zurilla, T.J.; Nezu, A.M. (1982). Social problems solving in adults. A P.C. Kendall (eds.). *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. Nueva York: Academic Press.

D'Zurilla, T.J.; Nezu, A.M. (1999). *Problem solving therapy. A social competence approach to clinical intervention*, 2ª ed. Nova York: Springer Publishing.

D'Zurilla, T.J.; Nezu, A.M. (2007). *Problem solving therapy. A positive approach to clinical intervention*, 3ª ed. Nueva York: Springer Publishing.

Dyer, W. W. (1978). *Tus zonas erróneas*. Barcelona: Grijalbo.

Ephimia, M. (2001). Psychological and human factors in long duration spaceflights. *MJM*, 6, 74-80.

Ellis, A. (1979). Psicoterapia racional. A H.J. Eysenck (ed.). *Experimentos en terapia de conducta: Lecturas sobre los métodos modernos de tratamiento de los trastornos mentales según la teoría del aprendizaje. Vol 2: Métodos de condicionamiento*. Madrid: Fundamentos.

Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer (treball original publicat el 1962).

Ellis, A.; Bernard, M.E. (1990). *Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer (treball original publicat el 1985).

Ellis, A. (1993). The advantages and disadvantages of self-help therapy materials. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 24, 3, 335-339.

Esterling, B.A.; L'abate, L.; Murray, E.J.; Pennebaker, J.W. (1999). Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: mental and physical health outcomes. *Clinical Psychology Review*, 19(1), 79- 96.

Feixas, G. (coord.) (2010). *Tècniques d'intervenció i tractament psicològic*. Barcelona: FUOC.

Fernández-Abascal, E.G.; Roa, A. (2009). Evaluación psicofisiológica. A F.J. Labrador (coord.). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid. Pirámide.

Forest, J. J. (1988). Self-help books. *American Psychologist*, 43, 599.



- Francis, M.E. ; Pennebaker, J.W. (1992). Putting stress into words. Writing about personal upheavals. *American Journal of Health Promotion*, 6, 280-287.
- Giordani, B. (1997). *La relación de ayuda: de Rogers a Carkhuff*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Iriarte, T. (1979). *Fábulas literarias*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Johnson, S. (2000). *¿Quién se ha llevado mi queso?* Barcelona: Urano.
- Kass, D. J.; Strauss, F. F. (1975). *Sex therapy at home*. New York: Simon & Schuster.
- Krantz, A.; Pennebake, J.W. (1996). *Bodily versus written expression of traumatic experience*. Manuscript submitted for publication.
- Labrador, F.J.; Larroy, C.; Cruzado, J.A. (1993). Sistemas de organización de contingencias: economía de fichas y contratos conductuales. A F. Labrador, J.A. Cruzado i M.Muñoz (eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Lakoff, G.; Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Lakoff, G.; Johnson, M. (1991). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Lanza, G. (2005a). *Cartas en psicoterapia*. En dePSICOTERAPIAS.com.
- Lanza, G. (2006). El trabajo de escritura entre sesiones en la psicoterapia analítica. *Subjetividad y procesos cognitivos*, pp 155-176.
- Lazarus, R.S.; Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nova York: Springer.
- Lenrow, P.B. (1996). The uses of metaphor in facilitating constructive behavior change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 3 (4), 145-148.
- Macià, F.; Méndez, F.X. (1988). La perspectiva conductual en psicología clínica. A D. Macià i F.X. Méndez (eds.). *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- Mahoney, M. J.; Arnkoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies. A S.L. Garfield i A.E. Bergin (eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. Nova York: Wiley.
- Marks, I.M.; Cavanagh, K.; Gega, L. (2007). *Hands-on Help. Computer-aided psychotherapy*. Nova York: Psychology Press.



Marks, M. (1978). *Living with fear*. New York: McGraw-Hill.

Martínez, P.; Sierra, J.C (2005). Efecto de la lectura de material de autoayuda sobre algunas variables psicológicas en una muestra no clínica. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)*, 4 (2):197-203.

Mathews, A.M.; Gelder, M.G.; Johnston, D.W. (1981). *Agoraphobia nature and treatment*. Nova York: Guilford Press.

Miller, W. i Rollnick, S. (1991). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.

Mumford, E.; Schlesinger, H.J.; Glass, G. V. (1983). Reducing medical costs through mental health treatment. Research problems and recommendations. A A. Broskowski; E. Marks i S. H. Budman (Eds. ). *Linking health and mental health*, pp 257-273. Beverly Hills CA: Sage.

Murray, E.J.; Segal, D.L. (1994). Emotional processing in vocal and written expression of feelings about traumatic experiences. *Journal of traumatic stress*, 7, pp 391-405.

Muter, P.; Latremouille, S. A.; Treurniet, W. C.; Beam, P. (1982). Extended reading of continuous text on television screens. *Human Factors*, 24, 501-508.

Newman, M.G.; Consoli, A.; Taylor, C.B. (1997). Computers in the assessment and cognitive-behavioral treatment of clinical disorders: Anxiety as a case in point. *Behavior Therapy*, 28, 211-235.

Pantaloni, M.V. (1998). Use of self-help books in the practice of clinical psychology. A P. Salkovskis (Ed.). *Adults: Clinical formulation and treatment*, 6, pp. 265-276. Nova York: Elsevier Science.

Pennebaker, J.W. (1989). Confession, inhibition and disease. A L. Beikowiu (Ed.). *Advances in experimental social psychology*, 22, pp 211-244. Nova York: Academic Press.

Pennebaker, J.W. (1990). *Opening Up. The healing power of expressing emotions*. Londres: The Guilford Press.

Pennebaker, J.W. (1993b). Putting stress into words. Health, linguistic and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 539-548.

Pennebaker, J.W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological science*, vol. 8, n. 3.

Pennebaker, J.W.; Francis, M. (1996). Cognitive, emotional and language processes in disclosure. *Cognition and emotion*, 10, 601-626.

Pennebaker, J.W.; Mayne, T. J.; Francis, M. E, (in press). Linguistic predictors of adaptive bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*.



Pridmore, S. (2003). Aphorisms for psychiatrists and people. *Australasian psychiatry*, 11, 4.

Progoff, I. (1975). *At a Journal Workshop: the Basic Text and Guide for Using the Intensive Journal*. New York: Dialogue House.

Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. A. M. P. Zanna (Ed.). *Advances in experimental social psychology*, 25, pp. 1-65. Nova York: Academic Press.

Selye, H. (1976). *The stress of life*. Nova York McGraw-Hill.

Smith, M.L.; Glass, G.V.; Miller, R.L. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Smyth, J.M. (1998). Written emotional expression: effect size, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 174- 184.

Spera, S.P.; Buhrfeind, E.D.; Pennebaker, J.W. (1994). Expressive writing and coping with job loss. *Academy of Management Journal*, 37, 722-733.

Quackenbush, R. L. (1991). The prescription of self-help books by psychologists: A bibliography of selected bibliotherapy resources. *Psychotherapy*, 28, 671-677.

Rojó, N. (2009). Observación y autoobservación. A F.J. Labrador (coord). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.

Simonds, W. (1992). *Women and self-help culture: Reading between the lines*. Rutgers, NJ: University Press.

Slack, W.V.; Porter, D.; Balkin, P.; Kowaloff, H.B.; Slack, C.W. (1990). Computer-assisted soliloquy as an approach to psychotherapy. *MD Computing*, 7, 37-42, 58.

Starker, S. (1986). Promises and prescriptions. *American Journal of Health Promotion*, 1, 19-24, 68.

Starker, S. (1988a). Do-it-yourself therapy: The prescription of self-help books by psychologists. *Psychotherapy*, 25, 142-146.

Starker, S. (1988b). Psychologists and self-help books. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 448-455.

Starker, S. (1988c). *Oracle at the supermarkets: The American preoccupation with self-help books*. New Brunswick, NJ: Transaction.

Starker, S. (1992). Characteristics of self-help book readers among VA medical outpatients. *Medical Psychotherapy*, 5, 85-94.





Vinson, D.; Devera-Sales, A. (2000). Computer-generated written behavioral contracts with problem drinkers in primary medical care. *Substance Abuse*, 21(4), pp. 215-222.

Tortella, M. (2009). Introducció: aspectes conceptuals i de la pràctica clínica de la teràpia de conducta. A *Apunts de teràpia de conducta*. Ciutat de Mallorca: Universitat de les Illes Balears.

Thoresen, C.E; Mahoney, M.J. (1974). *Behavioral self-control*. Nova York: Holt, Reinhart and Windston (trad. cast., Fondo de Cultura Económica, 1981).

Van Lankveld, J. J. (2004). *Naar de 7e hemel: Vverbeter zelf je seksuele relatie* [Anant al setè cel: Com millorar les teves relacions sexuals]. Haarlem, The Netherlands: Aramith.

Williams, C. (2003). New technologies in self-help: another Effective way to get Better? *European Eating Disorders Review*, 11, 170-182.

Woolf, V. (1989). Sketch of the past. In *Moments of Being*. London: Grafton Books.

Wright, J. (2002). Online counselling: learning from writing therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 30, 3, 2002.

Wright, J.; Cheung Chung, M. (2001). Mastery or mystery? Therapeutic writing: a review of the literature. *British Journal of Guidance and Counselling*, 29(3), 277-291.

