

Estudio comparativo de la conducta verbal del terapeuta según su experiencia durante la evaluación clínica

María Xesús Froján Parga, Elena María Ruiz Sancho, Montserrat Montaña Fidalgo, Ana Calero Elvira y Manuel Alpañes Freitag

Universidad Autónoma de Madrid

Dirección:

María Xesús Froján Parga. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Despacho 53. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. Ciudad Universitaria de Cantoblanco. 28049, Madrid (España). E-mail: [mxesus.frojan@uam.es](mailto:mxesus.frojan@uam.es)

#### **AGRADECIMIENTOS:**

Parte de este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación en el marco del Plan Nacional de I+D+I 2004-2007 (Proyecto SEJ2007-66537-PSIC). Asimismo, durante el tiempo de realización de este estudio Montserrat Montaña Fidalgo y Ana Calero Elvira disfrutaron de una beca FPI otorgada por la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid para el desarrollo de sus respectivas tesis doctorales.

Título: Estudio comparativo de la conducta verbal del terapeuta según su experiencia durante la evaluación clínica.

#### Resumen

En el presente trabajo se ha realizado una primera aproximación al estudio de las diferencias entre terapeutas con diversos grados de experiencia. La lógica de este tipo de trabajos se centra en el supuesto de que el terapeuta experto es el que lo hace bien y analizar su comportamiento nos permitirá aprender cómo hacer terapia más eficientemente. La metodología de trabajo empleada es la observación y análisis de sesiones terapéuticas grabadas directamente y registradas mediante un sistema de categorías construido a tal efecto. Los resultados muestran que las categorías *Función Discriminativa*, *Función de Refuerzo* y *Otras* son las más utilizadas por los terapeutas inexpertos mientras que las categorías *Función de Castigo*, *Función Evocadora*, *Función Motivadora*, *Función Instruccional* y *Función Informativa* son las más usadas por expertos, observándose en la mayoría de los casos valores intermedios en los terapeutas de mediana experiencia. A pesar de las limitaciones encontradas, estos resultados indican que pueden existir diferencias tanto cuantitativas como cualitativas respecto a lo que hacen los terapeutas en sesión en función de su grado de experiencia

Palabras clave: conducta verbal; contexto clínico; experiencia del terapeuta; investigación de procesos.

Title: Comparative study of therapist's verbal behavior according its experience during clinical assessment

Abstract: The present study is an initial approach to the study of differences between therapists with regard to their experience level. This type of study is based on the assumption that it is the expert therapist who does things well, and that the analysis of his/her behaviour will enable us to learn how to do therapy more efficiently. We used an observational methodology for the analysis of video-taped sessions. Verbal behaviour was coded with a coding system created for that purpose. Results show that the *Discriminative*, *Reinforcement* and "*Others*" functions were the most used by inexpert therapists, while *Punishment*, *Elicitation*, *Motivating*, *Instructional*, and *Informative* were the functions most used by expert therapists. Intermediate values were observed for most therapists with a middle degree of experience. Despite certain limitations, results indicate that there may be quantitative, as well as qualitative, differences with respect to what therapists do in session as a function of their experience level.

Key words: verbal behaviour, clinical setting, therapist experience, process research

## Introducción

Teniendo en cuenta la enorme cantidad de aproximaciones psicoterapéuticas que ha habido y continúa habiendo en nuestros días, no resulta difícil imaginar la complejidad que el área de investigación de procesos puede presentar al verse obligada a considerar un abanico inmenso de variables potencialmente explicativas del cambio clínico (Garfield, 1990). Hasta el momento, las investigaciones, en su mayoría, han señalado que hay enfoques terapéuticos más eficaces que otros para cada tipo de problema (Chambless y Ollendick, 2001; Orgilés, Mendez, Alcazar e Inglés, 2003; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) pero no existe una clara unanimidad respecto a esta afirmación. A esta ausencia de conclusiones claras acerca de cómo y por qué funciona la terapia psicológica se le suma el desconocimiento respecto a qué tipos de actuaciones de los terapeutas se asocian con mejores y peores resultados, y es que hasta el momento se ha prestado poca atención a la posible diversidad en la práctica de los terapeutas dentro de una misma corriente (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994; Elkin, 1999). De hecho, aunque ninguno de nosotros dudaríamos en señalar que hay terapeutas mejores que otros a la hora de facilitar el cambio (Albert, 1997; Jennings y Skovholt, 1999; Romero, 2008), sabemos muy poco respecto a qué hacen diferente.

Este desconocimiento no está ligado a una falta de interés, de hecho, de acuerdo con Lambert y Ogles (2004), el análisis de las actuaciones de distintos terapeutas muestra que el poder de cambio de las técnicas es limitado si lo comparamos con la importante influencia que ejercen las características personales del terapeuta sobre el cambio. La pregunta que se deriva de este hallazgo es prácticamente obligada: ¿a qué nos referimos cuándo hablamos de las características personales del terapeuta? Los estudios existentes acerca de cuáles son los rasgos del *buen terapeuta* y los listados sobre sus habilidades son numerosos, pero consideramos que hay que centrarse en dar respuesta a otras preguntas para avanzar en el esclarecimiento de esta variable. En concreto, no interesa tanto saber cómo debe ser el *buen terapeuta* sino saber qué hace, cuándo lo hace y de qué manera. El conocimiento de este tipo de cuestiones permitiría dar un paso más en aspectos tan relevantes como la mejora de la eficiencia de las actuaciones clínicas o el entrenamiento de terapeutas inexpertos.

Algunos de los trabajos que han tratado de abordar el estudio del terapeuta se han centrado en estudiar características de éste como su orientación teórica, edad o sexo, y la relación entre estas variables y los resultados de la terapia si bien no se han obtenido resultados concluyentes (Huppert *et al.*, 2001). Esta falta de evidencia ha aumentado el interés de los autores por desentrañar qué aspectos teóricos explican las diferencias en el quehacer del terapeuta. Para avanzar en esta línea de trabajo nos veíamos obligados a comparar diferentes terapeutas pero ¿qué comparación era más interesante? En la literatura revisada se encuentran principalmente estudios en los que se analizan las diferencias entre terapeutas con mejores y peores resultados (Bergin y Suinn, 1975; Beutler *et al.*, 2004; Riscks, 1974), pero ¿cómo medir este grado de eficacia? Responder a esta pregunta es muy complicado, muchos estudios se han basado en medidas *pre-post* o directamente en evaluaciones realizadas por el cliente al finalizar el tratamiento, pero estas valoraciones son justamente eso, meras estimaciones que no presentan las garantías necesarias para establecer una buena diferenciación. Por eso, se decidió realizar este estudio basándonos en el análisis de otra variable de comparación utilizada en diferentes trabajos, la experiencia del terapeuta. Muchos de estos trabajos están estrechamente relacionados con la comisión generada desde la APA para la integración de la investigación disponible en lo que se ha denominado “práctica psicológica basada en la evidencia” (Evidence-Based Practice in Psychology o EBPP), esto es, los principios sobre la evaluación psicológica, la formulación de caso, la relación terapéutica y la intervención clínica que cuentan con el apoyo empírico de estudios realizados con terapeutas expertos en contextos clínicos (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). La lógica de este tipo de trabajos se centra en el supuesto de que el terapeuta

experto es el que lo hace bien y analizar su comportamiento permitirá aprender cómo hacer terapia más eficientemente. Estamos de acuerdo, además, con la consideración por parte de algunos autores de que esta línea de trabajo presenta una oportunidad inmejorable para retomar el antiguo problema de la separación entre investigación y práctica clínica (Kazdin, 2008).

Aunque la revisión de dichos trabajos deja claro desde el principio que esta variable tampoco está exenta de controversia (Wampold, Goodheart y Levant, 2007), existen dos razones principales que avalaban el interés de su estudio. En primer lugar, la evidencia empírica que muestra que una de las características claves del terapeuta que consigue buenos resultados se basa en los años de experiencia (Hellman, Morrison y Abramowitz, 1987; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Orlinsky *et al.*, 1999). Por otro lado, hemos tenido también en cuenta nuestra propia experiencia como clínicos y formadores de futuros terapeutas que nos indicaba que podía ser muy interesante comparar lo que realiza un terapeuta cuando se enfrenta a sus primeros casos frente a lo que realiza un colega experto. Es cierto que existen otros trabajos como el de Okiishi, Lambert, Nielsen y Ogles (2003) que han rechazado la relevancia de ésta y otras variables como la orientación terapéutica para la explicación del éxito en sesión, si bien los propios autores reconocen limitaciones metodológicas a su estudio.

Nuestro grupo de investigación lleva años estudiando el proceso terapéutico con el objetivo de analizar qué se hace en las sesiones para posteriormente poder identificar los mecanismos que expliquen el cambio terapéutico. Por eso, nos parece relevante analizar qué hace un terapeuta en función de su experiencia para ahondar en la clarificación de lo que ocurre en la terapia. Independientemente del debate suscitado por los anteriores trabajos, parece lógico pensar que la experiencia en un ámbito mejorara la ejecución pero, ¿cómo se decide cuándo un terapeuta es experto? En la literatura revisada se han utilizado diferentes indicadores, algunos autores se han basado en los años de experiencia y en los títulos obtenidos (Stein y Lambert, 1995), otros han utilizado cuestionarios en los que los propios terapeutas respondían a ítems que medían su percepción de dominio de la terapia (Orlinsky *et al.*, 1999), y en otros estudios se han basado en los años de experiencia del terapeuta y la frecuencia de casos manejados durante estos años (Hellman *et al.*, 1987). Teniendo en cuenta las enormes dificultades para operativizar esta variable y que todavía no se ha llegado a un acuerdo (Beutler, 1997) se decidió utilizar criterios lo más objetivos posibles, como son los años de práctica y la frecuencia de casos manejados durante dicho periodo, por lo que se clasificó a los terapeutas de la siguiente manera: más de diez años de experiencia de práctica clínica continuada<sup>1</sup> podían caracterizar convenientemente al terapeuta experto para nuestro estudio, entre cinco y diez años delimitarían al terapeuta de mediana experiencia y menos de cinco años identificarían al terapeuta inexperto.

El siguiente interrogante que se plantea es, ¿cómo estudiar lo que hace el terapeuta en sesión? Teniendo en cuenta que la terapia de conducta es eminentemente hablada (Hamilton, 1998), el primer paso será analizar el lenguaje que se da en sesión cuando terapeuta y cliente interactúan. En este sentido, nuestro grupo de investigación ha elaborado un sistema para la codificación de la conducta verbal del terapeuta, el SISC- CVT (Froján *et al.*, 2008), que puede resultar de gran ayuda para registrar lo que dice el terapeuta en sesión. Este sistema constituye el primer paso para analizar la interacción entre los dos protagonistas de la terapia, el análisis de esta interacción permitirá avanzar desde la clasificación topográfica con la que actualmente trabajamos a la clasificación funcional que hipotetizamos encontrar.

Obviamente, tratar de discriminar las diferencias entre terapeutas expertos e inexpertos en cualquier fase de la terapia resulta, a pesar de ser un objetivo sumamente deseable, un trabajo que, por su magnitud, excede a los propósitos de este estudio inicial. Por eso, antes de realizar un

---

<sup>1</sup> En todos los casos cuando al decir práctica clínica continuada se refiere a terapeutas que estén tratando al menos una media de cinco casos a la semana. El criterio para adoptar estas cifras está basado en nuestra propia experiencia como clínicos y docentes.

análisis más amplio, la decisión fue ceñirse a sesiones de evaluación por varias razones. En primer lugar, porque la influencia de estas es decisiva no sólo en las fases iniciales, sino durante todo el proceso terapéutico (Fernández y Villalobos, 1994), englobando actividades tan importantes como el diagnóstico clínico y la propuesta del análisis funcional de la conducta. En segundo lugar, porque la fase de evaluación es más homogénea en todos los casos y terapeutas, está menos influida por cuestiones ajenas a la terapia que puedan alterar el proceso terapéutico en si por lo que las diferencias entre terapeutas pueden deberse con más probabilidad a la experiencia. En tercer lugar, porque nos parece muy interesante estudiar que actividades realiza el terapeuta en estas primeras sesiones que vayan más allá del conocimiento y aplicación de procedimientos de evaluación específicos como el diseño de autorregistros, autoinformes o cuestionarios. Y por último, directamente relacionado con esta tercera razón, en esta fase inicial de la terapia se espera detectar fácilmente regularidades en los registros que ayuden a realizar un estudio más riguroso y sistemático y permitan comparar de manera más operativa que hace el terapeuta experto frente al inexperto. Las secuencias que de manera mas repetida se espera encontrar son aquellas en las que el terapeuta guía la entrevista clínica hacia la obtención de una información necesaria para una adecuada comprensión del problema del cliente (Froján, Montaña y Calero, 2006).

De esta manera el objetivo general de este trabajo es tratar de identificar las diferencias entre terapeutas expertos e inexpertos en lo que a su conducta verbal se refiere, a lo largo de sesiones de evaluación. En cuanto al marco teórico, estamos de acuerdo con Pérez, Gutiérrez, García y Gómez (2005) en que tratar de analizar, comprender y explicar cualquier fenómeno de la realidad desde una perspectiva científica no implica adscribirse a una teoría concreta, pero sí a un “método de observación cuidadosa de los hechos y verificación de las hipótesis con la experiencia” (Pérez et al, 2005, p. 228). De ahí que adoptemos como marco de referencia para nuestro trabajo el enfoque cognitivo-conductual cuyos tratamientos desarrollados en el marco de la Modificación de Conducta se han revelado como la alternativa terapéutica más eficaz en líneas generales (Labrador et al., 2000; Nathan y Gorman, 2007; Pérez, 1996; entre otros).

## **Método**

### **Muestra**

Se analizaron las grabaciones de nueve sesiones completas de evaluación de aproximadamente una hora de duración. Los nueve casos de los que fueron tomadas las mencionadas sesiones se asignaron aleatoriamente a seis terapeutas cognitivo-conductuales con diversos grados de experiencia en el *Instituto Terapéutico de Madrid* (ITEMA), un centro privado de terapia. Para la observación y grabación de las sesiones se contó con el consentimiento informado de clientes, terapeutas y directora del centro cumpliéndose en todo momento los artículos 40 y 41 del Código Deontológico de Psicólogo en lo que a la obtención y uso de información se refiere.

En los nueve casos observados se trabajó con población adulta que acudía por primera vez al centro, en ningún momento se tuvo en cuenta el tipo de problemática presentada para la selección de los casos, presentándose así diferentes demandas. La tabla 1 recoge las características de las grabaciones analizadas.

TABLA 1 APROXIMADAMENTE AQUÍ

### **Variabes**

La primera de las variables estudiadas, la *conducta verbal del terapeuta*, es una variable nominal especificada en ocho categorías definidas y operativizadas en el *Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta* (SISC-CVT):

- Función discriminativa.
- Función evocadora.
- Función de refuerzo.
- Función de castigo.
- Función Informativa.
- Función Instruccional.
- Función Motivadora.
- Otras.

Además de la variable referida a la conducta verbal del terapeuta, el estudio incluyó la consideración de la variable nominal *Experiencia del terapeuta* con tres categorías:

- Experiencia baja: Menos de cinco años de práctica clínica continuada.
- Experiencia media: Entre cinco y diez años de práctica clínica continuada.
- Experiencia alta: Más de diez años de práctica clínica continuada.

En todos los casos cuando al decir práctica clínica continuada se refiere a terapeutas que estén tratando al menos una media de cinco casos a la semana. El criterio para adoptar estas cifras está basado en nuestra propia experiencia como clínicos y docentes.

### **Materiales e instrumentos**

El instrumento utilizado para el registro fue el SISC- CVT; es interesante reflejar parte del procedimiento para la elaboración y desarrollo de las categorías que lo forman. Estas categorías están basadas en las *operaciones conductuales básicas* propuestas por Pérez (1996a), que fueron definidas a partir de la propuesta realizada por Catania (1992), y que pretenden señalar los procedimientos que definen lo que hace el psicólogo cuando ejerce como terapeuta de conducta. Compartimos el punto de vista de Pérez (2004) respecto a la importancia de analizar la conducta de los profesionales de la psicología clínica para ayudar a clarificar los procedimientos que utilizan.

El sistema de categorías propuesto por el grupo (Froján *et al.*, 2008) fue desarrollado por tres observadores independientes. El primer paso de estos fue la observación no sistemática de 23 sesiones clínicas para realizar una primera propuesta de categorización. Posteriormente se basaron en esta para la observación sistemática de 50 sesiones, la comparación de los registros y la discusión de los desacuerdos para la depuración, que finalizó con la construcción de la propuesta definitiva. Durante esta última fase de depuración se consideró que en algunos casos podía resultar interesante registrar no sólo la ocurrencia de la conducta, sino también su duración de modo que se establecieron *categorías evento* (aquellas para las que se registraba únicamente el momento de su ocurrencia) y *categorías estado* (aquellas cuyos tiempos de inicio y finalización eran contemplados en los registros observacionales). La fiabilidad inter-jueces de este sistema de codificación se estudió calculando el índice Kappa de Cohen con el programa informático *The Observer XT 7.0* (Grieco, Loijens, Zimmerman y Spink, 2007), utilizando una ventana de tolerancia de un segundo ( $k_{01-02}=0.72$ ,  $p<.001$ ;  $k_{01-03}=0.74$ ,  $p<.001$ ;  $k_{02-03}=0,68$ ,  $p<.001$ ). Tal como afirman Bakeman, Quera, McArthur y Robinson (1997), estos valores de Kappa indican un nivel muy aceptable de precisión de los observadores para un sistema con 8 categorías en el que la variabilidad de las

probabilidades simples de las categorías es alta. La tabla 2 recoge una descripción breve de las ocho categorías que constituyen la versión definitiva del SISC-CVT<sup>2</sup>.

## TABLA 2 APROXIMADAMENTE AQUÍ

Por lo que a otros instrumentos se refiere, las sesiones fueron grabadas utilizando un circuito cerrado de cámaras ya existente en el centro colaborador. La imagen, captada por una cámara empotrada en una de las esquinas de la pared situada en frente de la terapeuta y a espaldas del cliente, era grabada por un vídeo VHS y transformada posteriormente a MPEG-2, el formato requerido por el software utilizado para la observación y registro de las grabaciones: el programa informático *The Observer XT 6.0* comercializado por *Noldus Information Technology*.

### Procedimiento

En primer lugar se contactó con el centro colaborador y se obtuvo el consentimiento informado de la directora para grabar aquellos casos en los que terapeuta y cliente accedieran a que las sesiones fueran observadas.

A continuación se clasificó a los terapeutas del centro en tres grupos teniendo en cuenta sus años de experiencia y se recogieron las tres primeras sesiones de cada grupo en las que el cliente diera su consentimiento de ser grabado. De esta manera se obtuvieron para el estudio nueve sesiones de evaluación de seis terapeutas diferentes. Las grabaciones fueron registradas por una observadora entrenada en el uso y aplicación del SISC-CVT con la ayuda del programa informático *The Observer XT 6.0*.

Posteriormente se estudiaron el tipo de categorías registradas calculando la tasa de aparición de las categorías evento y la proporción de las categorías estado reconocidas y se comparó con estas medidas las diferencias entre los distintos grupos de terapeutas. Esta actividad se completó con el análisis visual de las representaciones gráficas de los registros correspondientes a cada sesión clínica obtenidas con la ayuda del software *The Observer XT 6.0*.

### Resultados

Como indicamos al hablar del sistema de categorías utilizado, a la hora de realizar las comparaciones es interesante, para algunas de las categorías, comparar su ocurrencia y para otras su duración. La figura 1 recoge la tasa por minuto de aparición de las categorías evento a lo largo de las sesiones observadas

## FIGURA 1 APROXIMADAMENTE AQUÍ

Como puede apreciarse en la gráfica, en todos los grupos de experiencia del terapeuta las categorías evento que se dan con más frecuencia son la *Función discriminativa* y la *Función de refuerzo*, siendo superior la primera a la segunda en todos los casos. En cuanto a las categorías que aparecen con una tasa menor, las variables *Función evocadora* y *Función de castigo* son las que presentan unos valores más bajos para todos los grupos llegando a casi el 0% en el caso de la *Función evocadora*. Se puede también observar como se cumple para todas las categorías que su tasa de aparición se ordene de manera creciente o decreciente entre los grupos de experiencia. Es

<sup>2</sup> No ha de confundirse la breve descripción que aquí se hace de las categorías que conforman el SISC-CVT con dicho sistema de categorización, el cual incluye toda una serie de ejemplos, contraejemplos y criterios de codificación para cada una de las categorías enumeradas. Aunque razones de espacio impiden presentar aquí el sistema de codificación al completo, los autores se comprometen a enviar una copia del mismo al lector interesado que así lo solicite.

decir, el terapeuta de mediana experiencia siempre presenta los valores intermedios para cada categoría, siendo la *Función discriminativa*, la *Función de Refuerzo* y *Otras* las más registradas en el grupo de los inexpertos y la *Función evocadora* y la *Función de castigo* las más registradas para el grupo de mayor experiencia.

La figura 2 recoge la proporción de la duración de las categorías estado a lo largo de las sesiones observadas.

## FIGURA 2 APROXIMADAMENTE AQUÍ

Como se ve en la figura, en cuanto a las variables referidas a las categorías estado de los registros, se encuentra que la proporción de tiempo de sesión dedicado a la *Función informativa* es claramente superior al registrado como *Función motivadora* y/o *Función Instruccional* independientemente del grupo de terapeutas que se observe. Por otro lado, puede apreciarse también que en todos los casos las categorías estado aparecen en más proporción en el grupo de los terapeutas expertos frente a los de mediana o baja experiencia.

### Discusión

Antes de pasar a comentar con detalle los datos encontrados queremos señalar lo prudentes que debemos ser a la hora de discutir este trabajo. Sin duda, el reducido tamaño de la muestra nos lleva a ser cautelosos en la generalización de los resultados y a limitar el uso de técnicas estadísticas que no fortalecerían las conclusiones sino que, por el contrario, encubriría las diferencias que asoman en el análisis descriptivo y que habrán de ser certificadas con las pruebas oportunas en posteriores estudios con una muestra más numerosa. El motivo de seguir con el estudio a pesar de estas limitaciones es que pretendemos exponer una primera aproximación meramente descriptiva teniendo en cuenta que la discusión que se expone a continuación permite abrir potenciales líneas de análisis futuras.

Tal y como se indicaba en la introducción encontramos regularidades en los registros relacionadas con el quehacer del terapeuta en la fase de evaluación. En primer lugar se observa que las categorías evento que se presentan con más frecuencia son la *Función discriminativa* y la *Función de refuerzo*. Estudiando la aparición de estas de manera más detallada, gracias a las representaciones gráficas de los registros obtenidas con la ayuda del software *The Observer XT 6.0*<sup>3</sup>, se encuentra que la forma de aparición predominante de estas categorías es la repetición de la secuencia *Función discriminativa* + *Función discriminativa* + ...(*n veces*)... + *Función de refuerzo*. Aunque somos conscientes de que no se puede hablar de funcionalidad de la conducta verbal de los terapeutas desde el nivel de análisis puramente morfológico en el que aún nos encontramos, este resultado sería teóricamente compatible con el planteamiento de aquellos autores que conciben la entrevista terapéutica como un proceso de encadenamiento de la conducta del cliente a partir del manejo de los estímulos antecedentes y consecuentes que el propio terapeuta presenta a través de su comportamiento (Follette, Naugle y Callaghan, 1996; Rosenfarb, 1992; Villareal, 1990).

Por otro lado, respecto a las categorías estado, se observa que predomina la *Función informativa*. Entendemos que la aparición de esta categoría está relacionada con tiempos de sesión en los que el terapeuta explica el modelo de trabajo, expone las primeras aclaraciones del problema y esclarece las dudas del cliente. Los registros de los fragmentos de sesión dedicados a esta actividad explicativa se caracterizan también por la inclusión, en menor medida, de la *Función Motivadora*. Esta función está relacionada con momentos de las sesiones de evaluación en los que

<sup>3</sup> Las razones de espacio y complejidad de estas representaciones gráficas justifican que no aparezcan éstas en el texto. Los autores se comprometen a enviar una copia de las mismas al lector interesado que así lo solicite.



el terapeuta motiva la posibilidad del cambio anticipando las consecuencias que se pudieran obtener del tratamiento. Por último, la *Función Instruccional*, se vincula con periodos finales de las sesiones en los que el terapeuta propone tareas y pautas de actuación a realizar fuera de sesión.

Aunque estos resultados se tomen con cautela, parece, que la posible funcionalidad de la conducta verbal de los terapeutas varía a lo largo de la evaluación a medida que cambia lo que el clínico hace en estas sesiones. Además, teniendo en cuenta las diferencias presentadas en el apartado de resultados entre los grupos de terapeutas, podríamos considerar, que estas variaciones en las actividades del terapeuta se presentan de manera desigual en función de los años de experiencia del clínico. Estos datos van en la línea señalada en la introducción ya que, parece ser, que la experiencia puede ser una de las variables que permita conocer que diferencias existen en el quehacer de los psicólogos. Son múltiples los contrastes encontrados en esta aproximación inicial, en primer lugar, respecto a las categorías evento, es interesante recalcar que los inexpertos utilicen más la *Función discriminativa* y la *Función de refuerzo* y menos la *Función de castigo*. Este dato, relacionado con los procesos de encadenamiento a los que anteriormente nos referíamos, parece indicar una mayor eficiencia por parte de los terapeutas expertos. Podría ser que estos últimos no requirieran de la presentación de tantos estímulos para la obtención de la información necesaria para una adecuada comprensión del problema. La secuencia *Función discriminativa + Función discriminativa +... + Función de refuerzo* no aparecería en tantas ocasiones probablemente, en parte, por la mayor utilización de la *Función de castigo* por parte de los clínicos con más experiencia. Puede ser, que los terapeutas novatos, pudieran presentar mayor reticencia hacia el uso de estimulación aversiva o desaprobatoria en sesión. Por otro lado debemos considerar otro tipo de explicaciones alternativas, como que se esté poniendo de relieve que los terapeutas noveles tengan un entusiasmo y una motivación que los expertos ya han perdido; sin embargo, desde nuestro punto de vista, los datos relacionados con estas tres categorías indican una combinación más eficiente de ambos tipos de comportamiento (*Función de castigo* y *Función de refuerzo*) por parte de los terapeutas expertos y una mejor administración de esos potenciales reforzadores para evitar la pérdida de efectividad de los mismos y/o la saciación de sus clientes. Concluir que tipo de explicación es más acertada o que tipo de ejecución es mejor es un objetivo que se escapa de los objetivos de este trabajo y que sólo podremos aportar cuando se incluyan valoraciones de cada sesión obtenidas a través de criterios objetivos de éxito.

Continuando con las categorías evento, nos parece también interesante resaltar la mayor aparición de la *Función Evocadora* en los registros de los terapeutas de mayor experiencia. Este dato puede verse explicado por el miedo de los terapeutas novatos y de mediana experiencia a provocar reacciones emocionales (por ejemplo llanto) en el cliente y no verse capaz de manejarlas. Somos conscientes de que las conclusiones obtenidas mediante esta categoría tienen que ser consideradas con sumo cuidado, teniendo en cuenta la escasa aparición de esta posible función. Los motivos que podrían explicar la frecuencia tan baja de esta categoría son múltiples incluyendo tanto razones metodológicas (tal vez el sistema de categorización utilizado no permite identificar con claridad este tipo de comportamientos verbales del terapeuta; quizá el hecho de que la cámara sólo enfoque el rostro del psicólogo impide apreciar posibles reacciones emocionales que pudieran tener lugar en la cliente; o, tal vez, la naturaleza encubierta de dichas respuestas dificulta la observación de las mismas por parte de un juez externo), como teóricas (quizá los procesos de condicionamiento clásico que hipotetizamos se encuentran detrás de la aparición de la categoría *Función evocadora* pudieran ser irrelevantes en comparación con el papel que desempeñan los mecanismos operantes en la interacción clínica). Por otro lado, respecto a la categoría *Otras*, el hecho de que los terapeutas inexpertos la presenten con mayor frecuencia es un dato que cabía esperar, ya que, atendiendo a su definición, es lógico pensar que los psicólogos novatos mostrasen un mayor número de conductas de poca relevancia clínica y/o que la posible funcionalidad de las mismas fuera más difícil de identificar, con la consiguiente confusión que esto podría originar en el cliente. Nos parece interesante resaltar también que para todas las categorías evento los

resultados encontrados en el grupo de terapeutas de mediana experiencia son valores intermedios entre los otros dos grupos. Esto sostiene la posibilidad de que las diferencias encontradas se deban a los años de experiencia y podría indicar además un aprendizaje gradual de este tipo de procesos que se hipotetizan. Tal y como señalábamos al principio el conocimiento de este tipo de cuestiones impulsa futuras líneas de investigación que permitan situar a los terapeutas de menor experiencia en un punto de su curva de aprendizaje y ayudarles de esta manera a superar dificultades concretas y mejorar su entrenamiento.

Con respecto a las categorías estado se encuentran en los registros diferencias visibles entre el grupo de terapeutas expertos en comparación con los otros dos, lo que puede deberse a varias razones. En primer lugar, con respecto a la *Función Motivadora*, tal vez los psicólogos expertos presenten más verbalizaciones refiriéndose a los beneficios del cambio porque su propia experiencia les ha permitido comprobar que las técnicas psicológicas realmente funcionan, algo que los terapeutas de baja y mediana experiencia no tienen tan justificado e incluso en ocasiones sólo han podido leer en los manuales resultando más escépticos al respecto. Este hecho, podría a su vez influir en la adherencia de los clientes al tratamiento, aspecto clave si tenemos en cuenta que una de las principales causas del fracaso terapéutico se relaciona con las bajas expectativas de cambio por parte del cliente (Labrador *et al.*, 2000). Esto último también se puede relacionar con el hecho de que los terapeutas expertos dediquen más tiempo a explicar el modelo de trabajo, responder dudas y dar las primeras aclaraciones del problema. Se puede hipotetizar incluso, que estas verbalizaciones registradas como *Función informativa*, estén actuando como refuerzo negativo para el cliente, reduciendo su estado inicial de preocupación y malestar respecto a su problema, y aumentando la probabilidad de que el cliente vuelva a acudir a terapia. Finalmente, el hecho de que en el grupo de terapeutas expertos se identifique más tiempo de sesión dedicado a verbalizaciones registradas como *Función instruccional*, puede indicar que los terapeutas de mediana y baja experiencia den menos énfasis a la propuesta de tareas y de pautas de actuación a realizar fuera de sesión. Esto podría estar relacionado con el desaprovechamiento de este tipo de actividades de evaluación por la no realización de dichas tareas por parte del cliente. Como podemos observar en la discusión son muchas las hipótesis que se pueden plantear tras esta primera aproximación pero todas ellas apuntan a diferencias en la ejecución de la terapia y no tanto en el terapeuta en si mismo. Esto ratifica nuestro planteamiento, y el de muchos de los autores citados en la introducción, en el que priorizamos el análisis de lo qué el terapeuta hace/dice, cuándo lo hace/dice y de qué manera más que análisis de cómo es y cuáles son sus características personales.

## Conclusiones

Aunque consideramos que los resultados encontrados pueden resultar prometedores y que este trabajo constituye un paso más en la línea de trabajo iniciada por los autores, somos conscientes del carácter provisional y tentativo de los resultados encontrados. Con este estudio, meramente descriptivo, esperábamos mostrar algo más de lo que ocurre en terapia. Los resultados parecen indicar la posibilidad de que existan diferencias tanto cuantitativas como cualitativas respecto a lo que hacen los terapeutas en sesión en función de su grado de experiencia. De esta manera, estamos más cerca de dar respuesta a los interrogantes que nos planteábamos en la introducción: qué hace el terapeuta experto, cuándo y de qué manera. Respuestas que nos permiten avanzar en la búsqueda de los procesos que subyacen al cambio en terapia, que nos ayudan a conocer aspectos para la mejora de la eficiencia clínica y que pueden tener mucho que aportar a la calidad de los programas de formación de nuevos psicólogos. Estas son importantes aportaciones a la línea de investigación iniciada, pero somos conscientes de que existen varias razones por las que no podemos extraer conclusiones determinantes y generalizables con este estudio. En primer lugar resulta imprescindible para futuros trabajos ampliar los casos analizados y los terapeutas observados con

el fin de incrementar la representatividad de nuestro trabajo, la pequeña muestra utilizada y la falta de variabilidad en el grupo de los expertos impiden obtener conclusiones aplicables a cualquier población. En segundo lugar, debemos comprobar si los resultados encontrados presentan diferencias estadísticas significativas. Tendremos también que avanzar, incluyendo en nuestro trabajo el estudio del cliente, para demostrar la existencia de las relaciones funcionales que hipotetizamos. Si entendemos la relación terapeuta-cliente como una interacción, entonces se hace imprescindible estudiar cómo influye el comportamiento del cliente sobre la conducta del clínico, sólo así podremos aproximarnos a una comprensión real del proceso terapéutico (Beutler, 1991).

## Referencias

- Albert, G. (1997). What are the characteristics of effective psychotherapists? The experts speak. *Journal of Practical Psychology and Behavioral Health*, 3, 36-44.
- APA Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Bakeman, R., Quera, V., McArthur, D. y Robinson, B.F. (1997). Detecting sequential patterns and determining their reliability with fallible observers. *Psychological Methods*, 2(4), 357-370.
- Bergin, A. E. y Suinn, R. M. (1975). Individual psychotherapy and behaviour therapy. *Annual Review of Psychology*, 26, 509- 556.
- Beutler, L.E. (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 226-232.
- Beutler, L. E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 44- 52.
- Beutler, L. E., Machado, P.P. y Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4ª ed., pp. 229-269). Nueva York: Wiley.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. y Wong, E. (2004). Therapist Variables. En M. J. Lambert (Ed), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5ª ed., pp. 227- 306). Nueva York: Wiley.
- Catania, A.C. (1992). *Learning* (3ª ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Chambless, D.L. y Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Elkin, I. (1999). A major dilemma in psychotherapy outcome research. Disentangling therapists from therapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 10- 32.
- Follette, W.C., Naugle, A.E., y Callaghan, G.M. (1996). A radical behavioural understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.
- Froján, M.X., Montaña, M., y Calero, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema*, 18, 797-803.
- Froján, M.X., Montaña, M., y Calero, A., García, A., Garzón, A. y Ruiz, E. M. (2008). Un Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta: Fundamentación Teórica, Desarrollo y Estudio de la Fiabilidad. *Psicothema*, 20(4), 603-609.
- Garfield, S.L. (1990). Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 273-280.
- Grieco, F., Loijens, L., Zimmerman, P. y Spink, A. (2007). Reliability analysis. En F.Grieco, L. Loijens, P. Zimmerman, y A. Spink: *The Observer XT ReferenceManual*. Version 7.0 (pp. 461-490). Wageningen: Noldus Information Technology b. v.
- Hamilton, S.A. (1988). Behavioral formulations of verbal behaviour in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 8, 181-193.

- Hellman, I. D., Morrison, T. L. y Abramowitz, S., I. (1987). Therapist experience and the stresses of psychotherapeutic work. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(2), 171-177.
- Huppert, J. D., Gorman, J.M., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Shear, M. K. y Woods, S. W. (2001). Therapists, Therapist Variables, and Cognitive- Behavioral Therapy Outcome in a Multicenter Trial for Panic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 747-755.
- Jennings, L. y Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 3-11.
- Kazdin, A.E. (2008). Evidence-based treatment and practice. New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3), 146-159.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Lambert, M. J. y Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5ª ed) (pp. 139-193). Nueva York: Wiley.
- Nathan, P.E, y Gorman, J.M. (Eds.) (2007). *A guide to treatments that work* (3ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. y Ogles, B. O. (2003). Waiting for a Supershrink: An Empirical Analysis of Therapist Effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 361- 373.
- Orgilés, M., Méndez, X., Alcazar, A. e Inglés. C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología* 19(2), 193-204.
- Orlinsky, D., Ronnestad, M. H., Ambühl, H., Willutzki, U., Botersman, J., Cierpka, M., John D. y Davis, M. (1999). Psychotherapists' assessments of their development at different career levels. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(3), 203-215.
- Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid:Minerva Ediciones.
- Pérez, V., Gutiérrez, M.T., García, A. y Gómez, J. (2005). *Procesos psicológicos básicos. Un análisis funcional*. Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- Riscks, D. F. (1974). Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. En D. F. Riscks, M. Roff y A. Thomas (Eds.), *Life history research in psychopathology* (pp- 288- 308). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Romero, A. (2008). Factores atribucionales de la efectividad psicoterapeutica. *Anales de psicología*, 24(1), 88-99.
- Rosenfarb, I. S. (1992). A behaviour analytic interpretation of the therapeutic relationship. *Psychological Record*, 42(3), 341-354.
- Ruiz, F. Mª. y Villalobos, C. A. (1994). *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Stein, D. M. y Lambert, M.J. (1995). Graduate Training in Psychotherapy: Are Therapy Outcomes Enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 182-196.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and Dissemination of Empirically-Validated Psychological Treatments: Report and Recomendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.

- Villareal, M. J. (1990). *Fundamentos de entrevista conductual. Revisión teórica*. México: Trillas.
- Wampold, B.E., Goodheart, C.D. y Levant, R.D. (2007). Clarification and elaboration on evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 62, 616-618.

Tabla 1: Características descriptivas de la muestra

CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA				CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE		
Terapeuta	Sexo	Edad	Experiencia clínica	Sexo	Edad	Problemática
A	M	41	20 años	M	30	Bajo estado de ánimo
A	M	41	20 años	M	29	Celos
A	M	42	21 años	M	30	Insatisfacción con la relación de pareja
B	M	31	8 años	H	34	Conductas hipocondríacas
B	M	31	8 años	H	44	Insatisfacción con la relación de pareja
C	M	30	8 años	M	19	Fobia a tragar
D	M	23	Menos de 1 año	H/M	3/32	Enuresis <sup>4</sup>
E	M	22	Menos de 1 año	H	23	Bajo estado de ánimo
F	M	24	Menos de 1 año	M	35	Bajo estado de ánimo

---

<sup>4</sup> Las sesiones analizadas se desarrollaron únicamente con la madre

Tabla 2: Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta

<b>Función</b>	<b>Definición</b>
EVOCADORA	Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o no. (Categoría evento)
DISCRIMINATIVA	Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del cliente (verbal o no) que va seguida de reforzamiento o castigo. (Categoría evento)
DE REFUERZO	Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación, de la conducta emitida por el cliente. (Categoría evento)
DE CASTIGO	Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el cliente y/o que interrumpe ésta aunque sin presentar ningún matiz que indique aprobación, acuerdo o aceptación. (Categoría evento)
OTRAS	Cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores. (Categoría evento)
INSTRUCCIONAL	Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta futura del cliente fuera del contexto clínico. No se han de mencionar las consecuencias explícitamente pero sí han de describirse los pasos de la actuación que se trata de favorecer. (Categoría estado)
MOTIVADORA	Verbalización del terapeuta que anticipa los efectos positivos o negativos que la actuación del cliente (mencionada dicha actuación o no de forma explícita en la verbalización del terapeuta) tendrá, está teniendo o ha tenido sobre el cambio clínico. (Categoría estado)
INFORMATIVA	Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta. (Categoría estado)

Figura 1: Tasa de aparición de las categorías evento

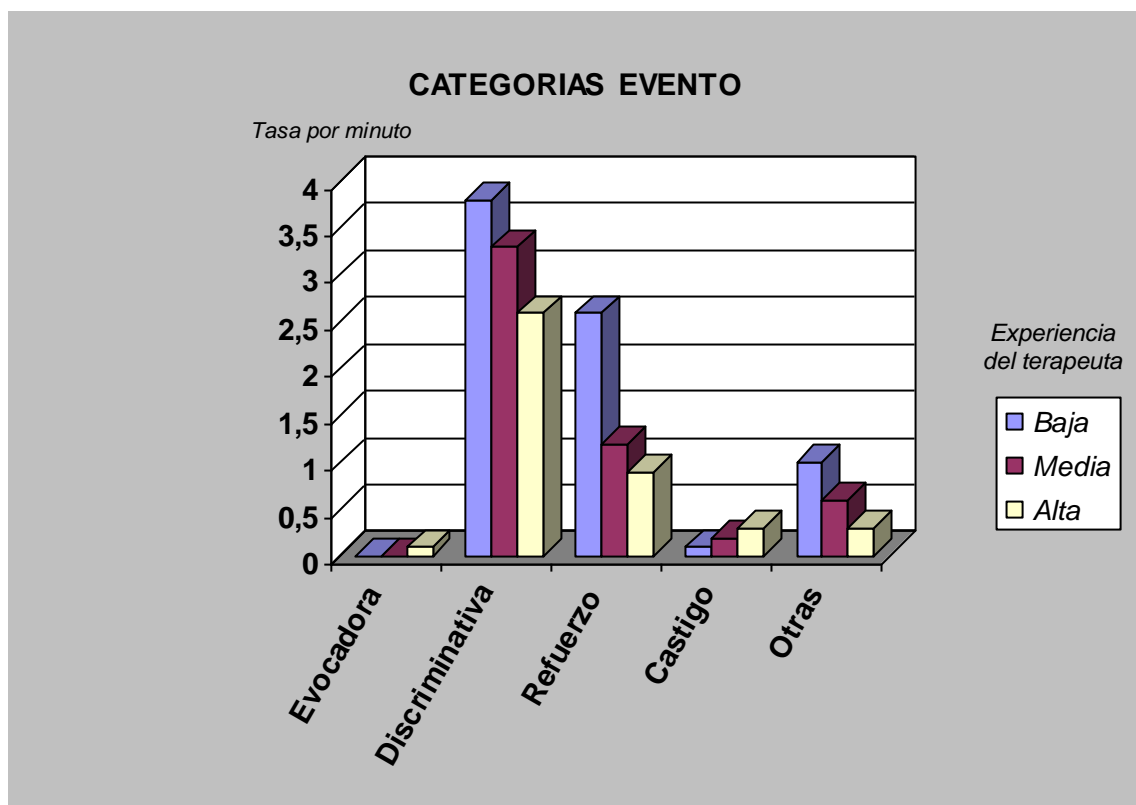




Figura 2: Proporción de duración de las categorías estado

