



**Facultad de Psicología
Departamento de Psicología Biológica y de la Salud**

**ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LA CONDUCTA
VERBAL DEL PSICÓLOGO PARA EL ANÁLISIS DEL
PROCESO TERAPÉUTICO**

TESIS DOCTORAL

AUTORA: MONTSERRAT MONTAÑO FIDALGO

DIRECTORA: Dra. MARÍA XESÚS FROJÁN PARGA

**Profesora Titular del Departamento de Psicología Biológica
y de la Salud.**

Madrid, Octubre 2008

*A mis padres,
las dos personas que más quiero y admiro.*

*Y a Ana,
porque sin ella no habría podido.*

AGRADECIMIENTOS

Ahora que la orilla parece tan próxima creo que entiendo más que nunca aquello de que *llegar a Ítaca quizá sea lo de menos*. El viaje, aunque no siempre fácil, ha merecido la pena, tanto, que volvería a repetirlo de idéntica manera si el tiempo me devolviera al momento en el que la profesora María Xesús Froján Parga me dio la oportunidad de subirme a su barco. Desde entonces, muchas han sido las experiencias vividas y muchas las personas que han compartido travesía conmigo haciendo este camino posible e inolvidable. Por ello, y antes de retirarme a descansar, quiero decir GRACIAS...

... A María Xesús Froján en primer lugar y por muchas cosas, por la cantidad de horas dedicadas a la dirección de este trabajo que nunca habría existido sin ella, por la pasión que siempre me transmitió hacia la modificación de conducta y, sobre todo, por su participación en la construcción de gran parte de lo que soy y sé, también como psicóloga clínica. Ojalá en este punto del camino pueda sentir todo mi cariño y gratitud hacia ella.

... A Ana Calero, porque estoy absolutamente convencida de que no habría podido llegar hasta aquí sin su ayuda, su forma excepcional de trabajar y su AMISTAD. Me siento muy afortunada por haber tenido la oportunidad de vivir este viaje en su compañía y por poder decir que gran parte de esta tesis también es suya. Espero que pueda sentirse orgullosa de ella.

... A las personas que decidieron apostar por nuestro trabajo cuando aún era un simple proyecto concediéndome una Ayuda de Tercer Ciclo primero (UAM) y una Beca FPI después (Consejería de Educación de la CAM) que me permitieron dedicarme de lleno a la realización de mi tesis.

... Al profesor José Santacreu que puso los medios cuando no los teníamos y también mucho cariño para que esta investigación pudiera salir adelante.

... A Álvaro García, Álvaro Garzón, Elena, Diana e Ivette, las personas que han formado parte de esta aventura en algún punto de la misma y ayudaron a que se hiciera realidad. A todos les agradezco el trabajo, el esfuerzo, las risas y la ilusión, especialmente a “los Álvamos” y a Elena por las horas dedicadas y por hacer el proceso mucho más agradable.

... A todos los terapeutas y clientes que permitieron que sus casos fueran observados para poder llevar a cabo este trabajo, es impresionante lo que he aprendido de ellos.

... A ITEMA, en especial a Mónica y también a Raquel y David porque han sido imprescindibles en la consecución de la muestra (y en muchas otras cosas), por invertir tanto esfuerzo en ello y por tratarme siempre con tantísimo cariño.

... A Manolo y, sobre todo, a Dani por soportar y compartir mis peleas con los vídeos, sola no habría ganado la batalla.

... Al profesor Héctor Martínez por hacer posible mi visita a México y por dedicar su tiempo y conocimiento a mejorar tanto esta tesis. También a todas y cada una de las personas que me acompañaron en mi estancia en la Universidad de Guadalajara, en especial a Julio, Pati, Neyda, Gaby, Ale y Areli, por cuidarme tanto, por ser tan increíbles y por convertir aquella experiencia en una de las mejores de mi vida.

... Al profesor Denis O’Hora por haberme dado la oportunidad de realizar una estancia de investigación en la Universidad del Ulster, pero también a John y todos aquellos que hicieron más agradable mi tiempo en Irlanda.

... A los profesores José Manuel Hernández, Vicenç Quera y Juan Botella por estar siempre dispuestos a resolver mis eternas dudas sobre la concordancia inter e intraobservadores incluso en la distancia y a través de largos correos electrónicos.

... A Agustín por muchas cosas pero, sobre todo, porque sin él (y sin Pei) nunca habría entendido la lógica de los análisis multivariantes.

... A Constan, Dani, Lola, Laura R., Laura M., Ana, Brenda, María D., Agus, María N., Emilio, Paloma, Pepe, Elena, Burgaleta, Ivette, Patri, David, Elena Capote y el resto de las personas que en algún momento han formado parte de mi gran familia del laboratorio 6, por soportar mis carreras, mis agobios y mi “ímpetu” abriendo y cerrando puertas, por ser grandes compañeros y muchos de ellos además amigos, y porque no recuerdo ni una sola ocasión en la que hayan dejado de sonreírme cuando me hablaban o no se ofrecieran a ayudarme cuando lo necesitaba.

... A aquellos que han compartido conmigo estos años de facultad y a los que con su trabajo han hecho posible el mío durante este tiempo porque ellos han formado parte de la cara más amable de mi día a día en la universidad.

... A Ana F., Sara y Patri por seguir ahí a pesar del tiempo y los distintos caminos.

... A Kelly, Miriam, Natalia, Marta y Julia por *estar* desde el comienzo y por dejarme compartir con ellas la ilusión de llegar a ser psicóloga.

... A Brenda, Pablo, Victoria y Sonia porque no podría haber tenido mejores compañeros en la aventura de tratar de convertirme en terapeuta de conducta.

... Al resto de mis amigos, especialmente a Iván, Isa, Palo, Edu, David, Marta, Noe, Cris, Marta y María por hacerme sentir tan querida siempre, por apoyarme y por hacerme la vida más agradable.

... A Juan por creer en mi trabajo bastante más que yo misma y por estar en algunas decisiones importantes.

... A toda la gente que se cruzó en algún punto en mi vida regalándome tantos buenos momentos y formando parte para siempre de mí misma.

... Y, por supuesto, a mi FAMILIA, mis abuelos, mis tíos y mis primos pero, en especial, a mi hermano David y a mis padres Jose y Ángeles porque sin ellos yo no sería nada y porque me han dado los mayores tesoros que conservo: la vida, el amor incondicional y la mayor parte de mis recuerdos. Espero poder devolverles tantas cosas algún día y demostrarles lo orgullosa que estoy de formar parte de sus vidas.

A todos ellos, GRACIAS por hacer posible mi viaje a Ítaca, por ayudarme a disfrutarlo y por lograr que llegar a puerto se haya convertido casi en lo menos importante.

ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
1. <u>MARCO TEÓRICO</u>	1
CAPÍTULO I: ¿LA TERAPIA PSICOLÓGICA FUNCIONA? LA INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS EN PSICOTERAPIA	3
1. PUNTO DE PARTIDA: EL NACIMIENTO Y LA CONSOLIDACIÓN DE UN MODELO CIENTÍFICO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	4
2. LA CONTROVERSIA: “TODOS HAN GANADO Y TODOS DEBEN OBTENER PREMIO”.	6
3. MOMENTO ACTUAL: LA ERA DE LOS TRATAMIENTOS “EMPÍRICAMENTE VALIDADOS”	11
CAPÍTULO II: ¿POR QUÉ FUNCIONA LA TERAPIA PSICOLÓGICA? LA INVESTIGACIÓN DE PROCESOS EN PSICOTERAPIA	19
1. DESARROLLO HISTÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN DE PROCESOS.	20
2. ASPECTOS QUE CARACTERIZAN LA INVESTIGACIÓN DE PROCESOS EN PSICOTERAPIA.	22
2.1. <i>Confusión conceptual</i>	22
2.2. <i>Pluralidad metodológica</i>	24
2.3. <i>Diversidad de los objetivos de investigación</i>	29
3. PRINCIPALES LÍNEAS DE TRABAJO EN EL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN DE PROCESOS	31
3.1. <i>El estudio de las variables predictoras del éxito clínico</i>	31
3.2. <i>Propuestas integracionistas</i>	33
3.3. <i>La búsqueda de factores comunes</i>	34
4. ESTUDIO DEL PROCESO TERAPÉUTICO DESDE LA PERSPECTIVA ANALÍTICO-FUNCIONAL	37

CAPÍTULO III: EL ESTUDIO DE LA CONDUCTA VERBAL PARA LA COMPRENSIÓN DEL FENÓMENO CLÍNICO	41
1. EL VALOR REFERENCIAL DE LA CONDUCTA VERBAL Y LA CORRESPONDENCIA <i>HACER-DECIR-HACER</i>	43
2. EL COMPORTAMIENTO VERBAL DEL CLIENTE COMO UNA CONDUCTA <i>CLÍNICAMENTE RELEVANTE</i>	45
3. EL PAPEL DEL TERAPEUTA COMO ADMINISTRADOR DE INSTRUCCIONES Y PAUTAS VERBALES PARA GENERAR CAMBIOS EN EL ENTORNO NATURAL DEL CLIENTE	48
4. LA INTERACCIÓN VERBAL TERAPEUTA-CLIENTE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO	52
2. <u>ESTUDIOS EMPÍRICOS</u>	55
CAPÍTULO IV: INTRODUCCIÓN	57
1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN GENERAL DEL PROCESO TERAPÉUTICO	57
<i>1.1. Marco teórico sólido</i>	58
<i>1.2. Definición clara del fenómeno a analizar y de los objetivos de investigación</i>	59
<i>1.3. Metodología de trabajo rigurosa y precisa</i>	59
2. PRINCIPIOS QUE SUSTENTAN EL TRABAJO EMPÍRICO REALIZADO	60
<i>2.1. El análisis formal de la conducta ayuda al análisis funcional de la misma</i>	60
<i>2.2. El estudio del comportamiento del psicólogo es un paso previo al análisis de la interacción terapeuta-cliente</i>	61
<i>2.3. Comenzar realizando un análisis funcional del proceso terapéutico en terapia de conducta facilitará el estudio de otras orientaciones clínicas</i>	61
<i>2.4. El diagnóstico clínico es irrelevante para la realización del análisis funcional de la interacción terapeuta-cliente</i>	62
3. RESUMEN DE LOS ESTUDIOS EMPÍRICOS QUE SE VAN A PRESENTAR	62

CAPÍTULO V. ESTUDIO EMPÍRICO 1: Desarrollo de un sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta y análisis del grado de acuerdo entre e intra observadores	65
1. INTRODUCCIÓN	65
2. MÉTODO	68
2.1. <i>Participantes</i>	68
2.2. <i>Unidad de categorización</i>	68
2.3. <i>Materiales e instrumentos</i>	69
2.4. <i>Procedimiento</i>	70
3. RESULTADOS	73
3.1. <i>Sistema de categorías definitivo</i>	73
3.2. <i>Análisis del grado de acuerdo inter e intraobservadores</i>	73
4. DISCUSIÓN	77
CAPÍTULO VI. ESTUDIO EMPÍRICO 2: Estudio de un caso	81
1. INTRODUCCIÓN	81
2. MÉTODO	82
2.1. <i>Participantes</i>	82
2.2. <i>Variables e instrumentos</i>	83
2.3. <i>Procedimiento</i>	85
3. RESULTADOS	85
3.1. <i>Sesión 1</i>	85
3.2. <i>Sesión 2</i>	86
3.3. <i>Sesión 3</i>	87
3.4. <i>Sesión 4</i>	88
3.5. <i>Sesión 5</i>	89
3.6. <i>Sesión 6</i>	89
3.7. <i>Sesión 7</i>	90
3.8. <i>Sesión 8</i>	91
3.9. <i>Sesión 9</i>	92
3.10. <i>Sesión 10</i>	92
4. DISCUSIÓN	99

CAPÍTULO VII. ESTUDIO EMPÍRICO 3: Análisis de la conducta verbal del psicólogo durante el proceso terapéutico en una muestra amplia de casos	105
1. INTRODUCCIÓN	105
2. MÉTODO	109
2.1. Participantes	109
2.2. Variables e instrumentos	112
2.3. Procedimiento	115
3. RESULTADOS	119
3.1. Análisis descriptivo	119
3.2. Análisis de conglomerados	120
3.3. Análisis discriminante	123
3.4. Comparación entre grupos en la variable “Experiencia del terapeuta”	129
4. DISCUSIÓN	132
CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES FINALES	141
1. CONCLUSIONES	141
1.1. Desarrollo metodológico	142
1.1.1. Coherencia teórica del sistema de categorización empleado	142
1.1.2. Precisión de los registros observacionales	143
1.1.3. Validez del sistema de categorización desarrollado	145
1.1.4. Utilidad de la estrategia metodológica diseñada	146
1.2. Análisis del proceso terapéutico	147
2. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS	154
2.1. Futuras líneas de desarrollo de la metodología de investigación	155
2.2. Futuras líneas de trabajo para el análisis del proceso terapéutico	155
3. <u>REFERENCIAS</u>	159

ANEXOS

ANEXO A: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO B: SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL
DEL TERAPEUTA (SISC-CVT)

1. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

¿LA TERAPIA PSICOLÓGICA FUNCIONA? LA INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS EN PSICOTERAPIA

Tratar de analizar la situación actual de la psicología clínica supone darse cuenta de la enorme complejidad y pluralidad que la caracterizan. El número de propuestas terapéuticas que coexisten en nuestros días es increíblemente amplio, habiendo llegado a señalarse más de 400 psicoterapias diferentes (Kazdin, 1986, 2000), aunque la mayoría de ellas se podrían incluir dentro de alguna de las cuatro grandes tradiciones terapéuticas, esto es, la tradición psicoanalítica, la fenomenológica-existencial, la humanista y la de la psicología del aprendizaje o psicología científica (Pérez, 1998). Buen ejemplo de esta situación lo encontramos dentro del propio enfoque conductual, cuyo estado actual se caracteriza por el afloramiento de múltiples y novedosas formas de proceder dentro de las denominadas *terapias de tercera generación* o *tercera ola* (Hayes, 2004), las cuales convivirían con aquellas enmarcadas dentro de la *segunda generación* que aún se practican. En este sentido, son tantas y tan recientes las alternativas que han aparecido dentro de la perspectiva conductual que se han llevado a cabo notables esfuerzos por recoger y presentar las diferentes propuestas surgidas¹, así como el análisis de los elementos comunes a todas ellas junto a aquellas características que las diferencian (Barraca, 2006; Pérez, 2006).

Ante este panorama tan complejo y plural es casi inevitable el planteamiento de una pregunta fundamental, ¿resultan todas las formas de abordaje terapéutico igualmente eficaces? Gran parte de la investigación realizada en psicoterapia ha tratado de dar respuesta a esta cuestión (Caro, 1999) siendo la investigación de

¹ Merece la pena destacar a este respecto los monográficos publicados sobre esta cuestión en nuestro país en las revistas *Papeles del Psicólogo* (Mayo-Agosto, 2006) y *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía* (Octubre, 2006).

resultados un tema de capital importancia, especialmente desde los años 90 (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003). Ahora bien, para llegar a comprender el estado en el que se encuentra en la actualidad dicha investigación resulta de gran utilidad conocer cómo se desarrolló históricamente este interés por la evaluación de la eficacia, efectividad y eficiencia de los tratamientos psicológicos, interés que, por otro lado, se encuentra estrechamente ligado a la aparición y evolución de la terapia o modificación de conducta² por ser ésta la que dominó desde su nacimiento la investigación de resultados y el desarrollo de tratamientos empíricamente validados (Wilson, 1997).

1. PUNTO DE PARTIDA: EL NACIMIENTO Y LA CONSOLIDACIÓN DE UN MODELO CIENTÍFICO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.

El artículo publicado por Eysenck a mediados del siglo pasado (Eysenck, 1952) marca el pistoletazo de salida de la carrera que aún hoy en día se disputa por resolver la polémica acerca de la eficacia de los tratamientos psicológicos. Este trabajo constituyó el primer intento de cuantificación de la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000), así como el primer golpe que asestó la incipiente terapia de conducta a los modelos psicodinámicos con los que compitió en sus orígenes (Pérez et al., 2003). En concreto, Eysenck encontró que los niveles de recuperación de los pacientes neuróticos tratados mediante intervenciones derivadas de los enfoques psicoterapéuticos tradicionales no eran mayores que los debidos a la remisión espontánea (en el caso del psicoanálisis parecían incluso menores que los observados cuando no había tratamiento), lo cual dejó un lugar excepcional para la

² Utilizaremos indistintamente los términos *terapia* y *modificación* de conducta a pesar de que en sus orígenes se empleara el primero de ellos para referirse a las técnicas derivadas del condicionamiento clásico y el segundo para hacer alusión a aquellas procedentes del condicionamiento operante (Franks, 1991). Asimismo, y a pesar de proponer el uso de ambos términos como sinónimos, compartimos la visión de aquellos autores que consideran más adecuado hablar de *modificación de conducta* para referirse a las intervenciones conductuales en cualquier área aplicada limitando el término *terapia de conducta* al campo clínico de modo que éste quedaría incluido en el primero (véase, por ejemplo, Martin y Pear, 2007; o Maciá, Méndez y Olivares, 1993, en nuestro país).

recién nacida terapia de conducta que pronto mostró mejores resultados además de poseer ciertas características que la harían mucho más apropiada para la evaluación científica de la eficacia de sus intervenciones (Nathan y Gorman, 1998). Tres fueron los factores que influyeron en la aparición formal de este nuevo enfoque terapéutico a finales de los años 50 (Franks, 1991; Kazdin, 1978/1983):

- El desarrollo de una ciencia de la conducta basada en a) la aplicación de los métodos objetivos de la fisiología a los problemas de la psicología de la mano de los fisiólogos rusos y el paradigma del condicionamiento clásico; b) la asunción de la continuidad entre la especie humana y el resto de animales que impulsó a la psicología comparada a utilizar la investigación animal para comprender el comportamiento humano; y c) el desarrollo de la corriente conductista iniciada en Estados Unidos con los estudios sobre aprendizaje y condicionamiento operante que consolidaron la aplicación del método científico en psicología y el establecimiento de la conducta como su objeto de estudio.
- La insatisfacción con los modelos explicativos y de tratamiento de los problemas clínicos referida a, por un lado, el creciente descontento con la conceptualización de la conducta “anormal”, basada en el modelo médico tradicional de enfermedad mental, y el escepticismo respecto a la eficacia de sus procedimientos terapéuticos basados en la sugestión y el tratamiento hospitalario psiquiátrico. Por otra parte, el cuestionamiento de la fiabilidad, validez y utilidad del diagnóstico psiquiátrico fue acompañado de la propuesta de una alternativa diagnóstica: el análisis funcional de la conducta y, con éste, la evaluación o análisis conductual. Estos factores junto a la insatisfacción de los psicólogos clínicos con el papel que realizaban en el proceso terapéutico limitado a la evaluación del paciente mediante técnicas muy criticadas (tests proyectivos fundamentalmente), jugaron un papel primordial en la aparición de una alternativa psicológica a la evaluación, la evaluación conductual, y al tratamiento, la modificación de conducta.

- La aplicación de los avances en la investigación psicológica al tratamiento de la conducta humana problemática, en concreto, el estudio de las neurosis experimentales, los trabajos en el ámbito de la psicología del aprendizaje y la aplicación del condicionamiento al comportamiento humano, constituyeron la base para la aparición de la modificación de conducta como alternativa terapéutica para el tratamiento del comportamiento desadaptativo.

En este contexto no se hace difícil comprender que durante los primeros años de vida de la disciplina la mayor parte de los esfuerzos fueran dirigidos a la confrontación y comparación de la terapia de conducta con otras alternativas de tratamiento, especialmente la psicoanalítica por ser el enfoque terapéutico imperante en aquella época. El rigor metodológico asociado a la modificación de conducta, la íntima unión entre investigación y práctica clínica que caracterizaron sus orígenes y el énfasis en el análisis riguroso de los elementos que potenciaban su eficacia o se relacionaban con el fracaso (Elliot, Stiles y Shapiro, 1993), hicieron que rápidamente se asumiera de forma general entre los psicólogos la eficacia de la terapia de conducta, lo que explicó la rápida expansión de este enfoque, plenamente consolidado ya, durante los años 60 y principios de los 70.

2. LA CONTROVERSIA: “TODOS HAN GANADO Y TODOS DEBEN OBTENER PREMIO”.

Pronto, sin embargo, la gran eficacia demostrada por la terapia de conducta condujo a un abandono de la reflexión teórica (Pérez, 1996a, 1996b) y ese espíritu investigador y el rigor en los planteamientos teóricos que caracterizaron sus orígenes, se fueron perdiendo. El éxito y reconocimiento social de la modificación de conducta en los años 70 fue tal que se hizo innecesario demostrar su superioridad sobre otros enfoques terapéuticos convirtiéndose en la alternativa al psicoanálisis por excelencia (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). Ante esta situación, surgió la

necesidad de dar respuesta a los problemas prácticos que iban apareciendo en el ámbito aplicado dando lugar a cierto eclecticismo que paulatinamente fue ganando terreno en la disciplina. Así, cualquier procedimiento servía siempre y cuando mostrase eficacia terapéutica quedando en un segundo plano su fundamentación teórica que, eso sí, no debía contradecir los supuestos básicos de la modificación de conducta (Lazarus, 1977), a saber: la sustentación del modelo en los principios teóricos y los hallazgos empíricos de la psicología científica, y el énfasis en que la diferencia entre la conducta considerada normal y anormal es meramente cualitativa ya que ambas se adquieren, mantienen y modifican por los mismos principios (Mayor y Labrador, 1984; Wilson y O’Leary, 1980). Junto a este crecimiento del eclecticismo se produjo la introducción y aceptación plena de los principios del aprendizaje vicario y, posteriormente, la inclusión de variables cognitivas durante la denominada “revolución” cognitiva (Franks, 1991) o “salto” cognitivo (Mahoney, 1974/1983), aunque sin el acompañamiento de una investigación sistemática que permitiera conocer estas nuevas variables que se estaban manejando. En definitiva, la diversidad de posiciones teóricas, modelos y técnicas de tratamiento así como la separación entre investigación y práctica clínica, es decir, la pérdida de la esencia de la modificación de conducta, fueron los aspectos que caracterizaron a la disciplina durante los años 70 y 80 (Franks, 1991).

Ante este panorama, a mediados de la década de los 70 comenzaron a levantarse diversas voces que cuestionaban no tanto la eficacia de la terapia de conducta como su superioridad respecto a otros enfoques clínicos. En este sentido, el meta-análisis llevado a cabo por Smith y Glass (1977) fue el detonante de una fuerte controversia que se ha mantenido hasta nuestros días. Los resultados hallados en este trabajo señalaban no sólo que la psicoterapia era mejor que la ausencia de tratamiento, sino que, además, apenas parecían existir diferencias entre los distintos enfoques terapéuticos y, más concretamente, entre las formas de intervención conductuales y no conductuales, en el grado de eficacia mostrado. Como señalan Labrador, Echeburúa y Becoña (2000), a partir de estos resultados se inició una importante polémica acerca de las conclusiones que podían derivarse de los estudios de meta-análisis entre aquellos autores que defendían la equivalencia de las diversas formas

de psicoterapia (por ejemplo, Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Shapiro y Shapiro, 1982a, 1982b; Smith, Glass y Miller, 1980, entre otros), y aquellos que continuaban abogando por la superioridad de la terapia de conducta destacando claramente Eysenck (por ejemplo, Eysenck, 1978, 1993, 1994). Fue también en este momento cuando Luborsky, Singer y Luborsky (1975) retomaron el uso de la frase del pájaro Dodo en *Alicia en el País de las Maravillas* “Todos han ganado y todos deben obtener premio” propuesta por Rosenzweig ya en 1936 (Rosenzweig, 1936), para referirse a esa supuesta equivalencia que parecían apoyar los múltiples estudios comparativos que empezaron a desarrollarse³.

Bajo este supuesto de que “todo vale”, algunos autores trataron de buscar una solución de compromiso entre los distintos enfoques a través de diversas propuestas de convergencia o integración de los mismos que aún hoy continúan vivas (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000):

- El eclecticismo práctico. Algunos autores como Garfield (1980) postularon que la opción más lógica y responsable en un momento en el que el conocimiento era tan imperfecto, consistía en asumir un determinado marco teórico de referencia pero utilizando en el trabajo diario cualquier procedimiento que pudiera resultar útil independientemente del modelo teórico al que perteneciera o desde el que se hubiera desarrollado. Dentro de esta propuesta, el principal y más antiguo representante del eclecticismo técnico es Lazarus y su denominada *terapia multimodal BASIC ID* (en castellano, *BASIC.Co.S*). Este enfoque clínico, vigente aún en la actualidad, supuso la ruptura del autor con el movimiento de la terapia de conducta (movimiento al que se adscribió al inicio de su carrera profesional) y postula la utilización por parte del terapeuta de cualquier método de intervención que se haya mostrado empíricamente eficaz independientemente de la teoría que lo

³ A principios de los años 90 llegaron a contabilizarse hasta 302 meta-análisis para la evaluación de la eficacia del tratamiento psicológico, educativo y conductual (Lipsey y Wilson, 1993), cantidad ésta que ha continuado y continúa en aumento (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006; Luborsky et al., 2002; Miller, Wampold y Varhely, 2008).

sustente (Lazarus, 1981, 1992, 1996, 2000, 2006). De acuerdo con esta máxima, se ha encontrado de forma repetida en diversos estudios que entre la mitad y un tercio de los psicoterapeutas prefieren conjugar en su práctica clínica una amplia variedad de técnicas derivadas de las principales escuelas teóricas antes que adscribirse a un enfoque “puro” de terapia (Lambert, Bergin y Garfield, 2004).

- La búsqueda de factores comunes. Desde el punto de vista de que todas las psicoterapias eran igualmente eficaces aunque partiesen de supuestos distintos y aplicasen procedimientos aparentemente diferentes, se planteó la posibilidad de que lo que en realidad estaba ocurriendo era que en todas ellas estaban actuando los mismos principios activos o, al menos, parte de ellos, de modo que si se descubrían los factores comunes a los diversos tratamientos, podría construirse un procedimiento de intervención máximamente eficaz. Numerosas fueron las listas de factores comunes que comenzaron a presentarse (Brady *et al.*, 1980; Frank, 1982, Goldstein y Krasner, 1987/1991), probablemente tantas como autores se dedicaron a formularlas, de forma que esta estrategia dio lugar a un notable incremento de la cantidad de terapias propuestas, algo que iba en contra, precisamente, de los objetivos que se perseguían a través de esta búsqueda de elementos comunes. Sin embargo, y a pesar de la gran diversidad, es posible identificar un elemento constante en las distintas selecciones de factores comunes que se fueron proponiendo: la relación terapéutica. Ahora bien, esta coincidencia, aunque notoria, no deja de resultar curiosa puesto que si lo que resulta realmente eficaz en psicoterapia son los elementos que forman parte de la relación entre terapeuta y cliente y que se dan en cualquier otro tipo de interacción social, habría que admitir que la intervención psicológica es accesoria o incluso irrelevante a menos que consideremos la relación terapéutica como el marco donde se ponen en marcha los mecanismos verdaderamente terapéuticos.

- El integracionismo teórico. Aunque los esfuerzos por lograr la convergencia entre distintas orientaciones terapéuticas surgieron mucho antes⁴, los planteamientos más reseñables en el seno de la estrategia integracionista llegaron en los años 80 de la mano de Goldfried por una parte (Goldfried, 1982; Goldfried y Padawer, 1982), y Prochaska y Diclemente por otra (Prochaska y Diclemente, 1982; Prochaska, Velicer, Diclemente y Fava, 1988). Ambas líneas de trabajo partieron de una idea común: no hay un enfoque psicoterapéutico tan sumamente eficaz como para poder resolver todos los problemas que se presentan en la clínica psicológica de modo que la solución para crear un modelo general aplicable a todos los casos pasa por la integración de las diversas orientaciones terapéuticas o, al menos, varias de ellas. Hoy en día este planteamiento sigue vigente como comentaremos en el capítulo siguiente.

Fueron muchas las voces que se levantaron y se siguen levantando en contra de estas propuestas convergentes (Dattilio y Norcross, 2006; Labrador, 1986; Wilson, 1996), sin embargo, lo cierto es que la importancia de estos planteamientos ha continuado creciendo hasta el punto de que estudios recientes parecen señalar un incremento en el porcentaje de psicólogos clínicos que afirman adscribirse a un modelo ecléctico/integracionista (Norcross, Hedges y Castle, 2002), superando así el predominio de terapeutas que se declaraban cognitivo-conductuales durante la década de los 80 y 90 (Elliot, Miltenberg, Kaster-Bungaard y Lumey, 1996; Santolaya, Berdullas y Fernández, 2002).

⁴ No podemos dejar de destacar aquí el trabajo de Dollard y Miller (1950/1978) tratando de traducir conceptos derivados del psicoanálisis a terminología propia de la teoría del aprendizaje. A pesar de lo meritorio de esta tentativa, pronto se hizo obvio que un simple cambio terminológico poco podía contribuir al enriquecimiento de la intervención psicoterapéutica abandonándose así dicha propuesta.

3. MOMENTO ACTUAL: LA ERA DE LOS TRATAMIENTOS “EMPÍRICAMENTE VALIDADOS”.

Ésta es pues la situación con la que nos encontramos al inicio de los años 90: una pluralidad de enfoques psicoterapéuticos dentro y fuera de la modificación de conducta, y una importante polémica acerca de qué resulta eficaz en la clínica y cómo mejorar dicha eficacia. En este contexto se empiezan a producir importantes cambios entre los teóricos e investigadores, que no entre los clínicos profesionales, de la terapia de conducta. Estos cambios se refieren, principalmente, al regreso hacia los fundamentos en los que se basó la modificación de conducta, un progresivo interés por las bases teóricas en las que se sustenta la disciplina (O’Donohue y Kitchener, 1999, O’Donohue y Krasner, 1995) y un acuerdo generalizado acerca de que sólo un retorno hacia el experimentalismo podría mejorar el elevado nivel de eficacia alcanzado por las técnicas conductuales (Cruzado, Labrador y Muñoz, 1993). El panorama existente en el terreno profesional en estos momentos es, sin embargo, bien distinto: la eficacia de la terapia de conducta es enorme, la teoría y la investigación están absolutamente desligadas de la práctica y los clínicos siguen usando cualquier tipo de técnica o variable sin importarles demasiado la congruencia teórica ni los hallazgos de la investigación (Vila, 1997).

A este estado de desarrollo de la psicología clínica habría que añadirle dos factores más para comprender el auge que tomó a partir de los años 90 el tema de la evaluación de la eficacia, efectividad y eficiencia de los tratamientos psicológicos (Pérez et al., 2003). Estos dos factores se refieren a, por un lado, el importante avance de los tratamientos psicofarmacológicos que compiten duramente con los tratamientos psicológicos forzándose, así, la investigación sobre la eficacia y efectividad de las psicoterapias en comparación y/o combinación con los psicofármacos (De Pablo, 1996; Echeburúa, Corral y Salaberría, 1998; Kopta, Lueger, Saunders y Howard, 1999; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995). Por otra parte, el desarrollo de los servicios sanitarios en los países avanzados implicó la aparición de terceros pagadores,

públicos o privados, entre terapeuta y cliente los cuales, lógicamente, se han mostrado cada vez más interesados por conocer cuáles son las intervenciones más eficientes, es decir, aquellas que dan lugar a los mayores beneficios para el paciente con el menor coste para el que paga (Barlow, 2005).

En este contexto es en el que la División 12 de la American Psychological Association (APA) dedicada a la psicología clínica crea una comisión para la promoción y difusión de los procedimientos psicológicos (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, posteriormente denominada *Committee on Science and Practice*). Esta comisión, constituida por un conjunto de expertos de diversas orientaciones psicoterapéuticas coordinados inicialmente por Dianne L. Chambless, tuvo como primer cometido la elaboración de un informe en el año 1993 (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1993) acerca de los tratamientos psicológicos que parecían haber demostrado su eficacia según una serie de criterios establecidos por el propio grupo de trabajo. El informe, que se publicaría dos años más tarde (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995), fue llevado a cabo tras la creación en 1989 por parte del Congreso de los Estados Unidos de la *Agency for Health Care Policy and Research*, la cual tenía entre sus objetivos estudiar la eficacia de los tratamientos existentes para trastornos específicos de modo que esta información sirviera para elaborar guías de tratamiento para cuadros clínicos concretos. Una vez iniciado el análisis de los tratamientos médicos, el estudio de las intervenciones psicológicas era el siguiente paso y la APA fue la encargada de darlo.

Si en algo se caracterizó el trabajo realizado por el grupo de Chambless fue en su apuesta contundente por la especificidad, esto es, por analizar qué tipo de tratamiento es eficaz para un trastorno concreto en una muestra claramente definida. Los criterios para incluir una intervención en esta lista inicial de tratamientos *empíricamente validados* permitieron diferenciar entre tratamientos *bien establecidos* o *eficaces*, y las intervenciones *probablemente eficaces* o *experimentales*, llegando a señalarse en este primer informe hasta 18 tratamientos bien establecidos y 7 probablemente eficaces. El aspecto más destacable de estos

primeros resultados fue la clara superioridad mostrada por las intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales⁵ para el tratamiento eficaz de la mayor parte de los problemas psicológicos, observándose una escasa presencia de las orientaciones psicodinámicas en este listado inicial. La constatación de las serias dificultades existentes para analizar los efectos de las intervenciones psicodinámicas debido a cuestiones relacionadas con la falta de especificidad y rigor en la aplicación y evaluación de las mismas, llevó a señalar la necesidad de un cambio en la forma de proceder de dichos enfoques si querían sobrevivir en esta nueva era de la evaluación científica de los tratamientos psicológicos (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

Además del estudio de la eficacia de las diversas estrategias de intervención psicoterapéutica, esta comisión analizó también cuál era el tipo de formación clínica que se les daba a los psicólogos en los programas acreditados por la APA encontrándose que tan sólo un 50% de dichos programas enfatizaban la formación de los terapeutas en los tratamientos que se habían mostrado eficaces y/o probablemente eficaces, sugiriéndose así un cambio en estos planes formativos. Por último, el grupo de expertos liderado por Chambless destacó la importancia de difundir la información acerca de los tratamientos eficaces entre la población y, especialmente, entre las compañías y agencias públicas y privadas de salud relacionadas con la proporción de terapias psicológicas.

El debate y la polémica que siguió a la publicación de este informe fue, como era de esperar, enorme, tanto que algunos se han dado en llamarlo el *Eysenck II* (Silverman, 1996). Entre los textos más relevantes que se publicaron en aquellos momentos hemos de destacar la serie de artículos editada por la *Clinical Psychology: Science and Practice* (Kazdin, 1996), donde aparecieron algunas de las críticas más importantes al trabajo realizado por la *Task Force* (Barlow, 1996; Garfield, 1996, entre otros). Parte de estas críticas fueron asumidas por la propia

⁵ En los años 70 y 80 el término *cognitivo* se añadió al de *conductual* para referirse a aquellos procedimientos terapéuticos que enfatizaban el papel de las cogniciones en el desarrollo y tratamiento de los problemas clínicos. El uso conjunto de ambos adjetivos se hizo tan común que hemos decidido mantenerlo también en nuestra exposición a pesar de considerarlo redundante ya que entendemos, tal y como se señalará con mayor detalle en el capítulo III, que la cognición es un tipo de conducta más regido por los mismos principios que cualquier otro comportamiento.

comisión en las sucesivas actualizaciones del informe inicial que se realizaron (Chambless *et al.*, 1996, 1998) y que implicaron, entre otros aspectos, la sustitución del término “tratamiento empíricamente *validado*” por “tratamiento *con apoyo empírico*”, en la línea de lo sugerido por Garfield (1996), o la flexibilización de los criterios para considerar un tratamiento *eficaz* o *probablemente eficaz*, llegando a señalarse 22 tratamientos eficaces y 25 probablemente eficaces en la actualización de 1996, y 16 tratamientos eficaces y 55 probablemente eficaces en la de 1998.

Las principales críticas formuladas entonces tuvieron que ver con el uso de criterios de clasificación psiquiátrica, el énfasis en la estandarización de los tratamientos frente a una perspectiva individualizada de la terapia, la infravaloración de los estudios de meta-análisis y la atención prestada a la eficacia de los tratamientos psicológicos frente a la efectividad de los mismos, entre otras cuestiones (Chambless y Ollendick, 2001; Elliot, 1998; Garfield, 1996). Especialmente destacable es la controversia que surge en estos momentos relacionada con el estudio de la validez interna de las intervenciones psicológicas (eficacia) frente al análisis de su validez externa (efectividad), polémica en la que jugó un papel estelar el análisis llevado a cabo por Seligman (1995) de la encuesta realizada a través de la revista *The Consumer Reports (CR)* acerca de los efectos de la psicoterapia desde el punto de vista del consumidor. En opinión de Seligman, el estudio desarrollado por la *CR* constituía una estrategia metodológica muy adecuada para el análisis de la efectividad de la psicoterapia, lo que completaría a la perfección el método de evaluación de la eficacia de los tratamientos psicológicos empleado hasta entonces. Las controvertidas conclusiones derivadas de este trabajo (fundamentalmente, la ausencia de diferencias encontradas en efectividad entre las distintas modalidades psicoterapéuticas así como entre las intervenciones llevadas a cabo por psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales) y los problemas metodológicos asociados a la realización de la encuesta, dieron lugar a una importante polémica, reflejada en el número especial publicado por la revista *American Psychologist* (VandenBos, 1996a), entre quienes criticaron el estudio apelando a la falta de rigor científico del mismo (Brock, Green, Reich y Evans, 1996; Hollon, 1996; Jacobson y Christensen, 1996; Mintz, Drake y Crits-Christoph,

1996, entre otros) y aquellos que enfatizaron este tipo de trabajos por su importante papel en el acercamiento de la investigación a la práctica clínica real (por ejemplo, Goldfried y Wolfe, 1996; VandenBos, 1996b).

Independientemente de los ríos de tinta derramados al respecto, lo cierto es que éstos y otros trabajos sirvieron para llamar la atención sobre una cuestión importante en la evaluación de resultados: si realmente se quería acercar la investigación a la práctica clínica, el estudio de la *eficacia* de los tratamientos psicológicos (concerniente a la consecución de los objetivos terapéuticos en condiciones óptimas o ideales como puede ser una situación de laboratorio) debía completarse con el análisis de su *efectividad* (referida al grado en el que un tratamiento logra los objetivos terapéuticos en la práctica clínica habitual) y su *eficiencia* (relativa a la efectividad de un programa en función de sus costes) (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). En esta línea, desde la APA (American Psychological Association) se creó una nueva comisión formada por Barlow y Garfield entre otros, cuyo cometido sería establecer las bases para la evaluación de las guías de tratamiento desde un punto de vista más contextualizado y clínico y no de la mera eficacia de las intervenciones en entornos controlados (APA Task Force on Psychological Intervention Guidelines, 1995). Precisamente la aplicación de dichos criterios a un conjunto de guías de tratamiento dio lugar a la identificación de algunas de las fortalezas y debilidades de las mismas (Stricker et al., 1999). La cuestión de la eficiencia de las intervenciones psicológicas, en cambio, no contó con tanta atención en el ámbito de la investigación clínica aunque se han llevado a cabo algunos estudios acerca de la efectividad de las terapias breves frente a las de mayor duración (Lambert, Bergin y Garfield, 2004).

Mientras todos estos trabajos se sucedían, el interés por la identificación de los tratamientos *con apoyo empírico* se mantuvo y comenzó a extenderse a nuevas áreas. Así, la División 12 de la APA constituyó una nueva comisión para el estudio de las intervenciones eficaces en niños, la *Task Force on Effective Psychosocial Interventions: A Lifespan Perspective*, cuyos resultados fueron igualmente publicados y difundidos (véase, por ejemplo, Erlbaum, 1998; Spirito, 1999). Esta división encargó, además, la elaboración de un libro que sería finalmente editado

por Nathan y Gorman (1998, 2002, 2007) acerca de la eficacia de los tratamientos psicológicos y farmacológicos superando de este modo la limitación inicial de la primera *Task Force* centrada exclusivamente en la evaluación de las intervenciones psicológicas. Esta obra, titulada *A Guide to Treatments That Work*, fue realizada con un gran rigor e inició una estrecha colaboración entre la American Psychological Association y la American Psychiatric Association que dio lugar, entre otras cuestiones, a la publicación de una revista electrónica, *In Session*, sobre aquellos tratamientos, farmacológicos, psicológicos o combinados, que han demostrado una mayor efectividad en cada trastorno específico.

Aparte de estas iniciativas desarrolladas desde la División 12 de la APA, esfuerzos similares comenzaron a realizarse en otros países como el Reino Unido (Roth y Fonagy, 1996), Canadá (Hunsley, Dobson, Johnston y Milail, 1999) o Alemania (Strauss y Kaechele, 1998), pero también en otros ámbitos de la investigación psicoterapéutica. En este sentido, merece la pena destacar la creación en 1999 de una nueva comisión en el seno de la División 29 sobre psicoterapia de la APA con el objetivo de identificar, operativizar y difundir información acerca de las relaciones terapéuticas *con apoyo empírico* (Norcross, 2001). Esta nueva *Task Force* se centró en el estudio de las características del terapeuta, del cliente y de la relación terapeuta-cliente más allá de los criterios de diagnóstico psiquiátrico, dejando a un lado el análisis de las técnicas de tratamiento e incluyendo aspectos relacionados tanto con la eficacia como con la efectividad de la terapia. Este trabajo tuvo como resultado la publicación de la obra *Psychotherapy Relationships That Work* (Norcross, 2002), la cual volvió a colocar el estudio de los factores comunes en un lugar destacado dentro de la investigación clínica. Por otra parte, también desde la APA se creó una nueva comisión para la integración de la investigación disponible en lo que se ha denominado la “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). Aunque esta propuesta ya ha dado lugar a cierta

controversia (Wampold, Goodheart y Levant, 2007), lo cierto es que algunos la han visto como una oportunidad inmejorable para retomar el antiguo problema de la separación entre investigación y práctica clínica (Kazdin, 2008).

En definitiva, el ámbito de la evaluación de resultados en psicoterapia se mantiene vivo aún hoy y con más fuerza que nunca, como lo demuestran la multitud de trabajos que se continúan publicando al respecto y que, paradójicamente, no han resuelto la cuestión de la eficacia diferencial de las intervenciones psicológicas (por ejemplo, Norcross, Beutler y Levant, 2006; Sammons y Nathan, 2006; Stiles, Barkham, Mellor-Clark y Connell, 2008; Wolfe, 2006; entre otros). Sin embargo, tratar de conocer *qué* tratamientos funcionan, *con quién* y en *qué circunstancias* no permite responder a otra pregunta crucial si queremos comprender el fenómeno terapéutico en su totalidad y aumentar la eficacia, efectividad y eficiencia de nuestros procedimientos: *¿cómo y por qué* funciona la intervención psicológica? Dar respuesta a esta cuestión implica desarrollar una investigación de procesos que complete la investigación de resultados cuyas características y peculiaridades acabamos de presentar en este capítulo, hagamos lo propio ahora con esta otra área crucial de la investigación clínica

CAPÍTULO II

¿POR QUÉ FUNCIONA LA TERAPIA PSICOLÓGICA? LA INVESTIGACIÓN DE PROCESOS EN PSICOTERAPIA

La revisión de los más de 50 años de historia de la investigación de resultados en psicología clínica nos deja una conclusión clara: continúa existiendo una gran confusión y una importante polémica respecto a la eficacia, efectividad y/o eficiencia de los distintos tratamientos psicológicos. Por otra parte, aunque parece indiscutible que la terapia psicológica es más eficaz que las intervenciones placebo, seguimos sin conocer las razones de esta superioridad, de ahí que, junto al interés por la investigación de resultados, no podamos dejar de destacar la relevancia de la investigación de procesos o, lo que es lo mismo, del estudio de las variables que explican el cambio garantizado por la terapia (Garfield y Bergin, 1994). El presente capítulo trata, precisamente, de hacer un recorrido por los aspectos considerados más relevantes en este ámbito de la investigación clínica con el objetivo de proporcionar una visión general de su evolución y estado actual. Para ello, comenzaremos presentando una breve revisión del desarrollo histórico vivido por la investigación de procesos en psicoterapia que nos llevará a identificar los elementos que la caracterizan. Así mismo, nos referiremos con mayor profundidad a algunas de las líneas de investigación que nos resultan más interesantes en el campo para acabar deteniéndonos en aquella perspectiva que actuará como referente de nuestro trabajo: el estudio del proceso terapéutico desde un punto de vista analítico-funcional.

1. DESARROLLO HISTÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN DE PROCESOS.

El inicio de la investigación de procesos se sitúa, de acuerdo con algunos autores (Hill y Corbett, 1993), en las observaciones poco rigurosas de Freud de la terapia psicoanalítica y sus propuestas teóricas sobre el cambio clínico de escaso valor científico. Sin embargo, y aunque las perspectivas psicodinámicas y centradas en el cliente han predominado en el área a lo largo de su desarrollo (Garfield, 1990), lo cierto es que una parte importante y muy destacable de la investigación en terapia de conducta durante sus primeros años de vida se centró en el estudio experimental de los agentes implicados en la eliminación de problemas clínicos, fundamentalmente hábitos y fobias (véase, por ejemplo, Jones, 1924; Wolpe, 1958), a pesar de que estos trabajos no se mencionen en las revisiones históricas de la investigación de procesos.

Como ya señaláramos en el capítulo anterior, el rigor y la base científica que sustentaron el origen y desarrollo inicial de la modificación de conducta la convirtieron en una potente alternativa que pronto demostró su superioridad respecto al resto de enfoques psicoterapéuticos planteando, hacia la mitad del siglo pasado, una gran polémica acerca de la eficacia diferencial de los tratamientos psicológicos. En este contexto, la investigación en el seno de la psicología clínica se volcó hacia el estudio de resultados mientras que la investigación de procesos quedaba sumida en una situación caótica en la que los investigadores trabajaban sin apenas conocer los estudios previos realizados en el área, donde se iniciaban líneas de investigación que rápidamente eran abandonadas junto a los instrumentos de medida en ellas desarrollados, y en la que la pobreza metodológica era un elemento común a los trabajos realizados (Kiesler, 1973). Para algunos, la complejidad del campo de análisis, la escasa financiación y las pocas habilidades técnicas para llevar a cabo una investigación de calidad, fueron los principales factores que dieron lugar a este panorama general (Strupp, 1973) en el que la dificultad para comparar, integrar y utilizar la variedad de hallazgos encontrados fue una característica más que notoria (Marsden, 1971).

A lo largo de los años 70 y, especialmente, los 80, sin embargo, la idea de que todos los tratamientos resultaban igualmente eficaces se fue extendiendo, lo que implicó que la investigación de procesos fuera ganando interés puesto que, si parecía claro que cualquier forma de psicoterapia funcionaba, sólo quedaba descubrir a qué se debía dicho éxito terapéutico (Bastine, Fiedler y Kommer, 1990). Esta prosperidad en el ámbito de la investigación de procesos se puso de manifiesto en la revisión que llevaron a cabo Hill, Nutt y Jackson (1994) de los trabajos publicados entre los años 1978 y 1992 en dos de las principales revistas sobre psicología clínica: la *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, y la *Journal of Counseling Psychology*. En esta revisión se observó un incremento de la cantidad de trabajos publicados en los que se realizaba algún tipo de medición de procesos, al mismo tiempo que se identificaban investigadores principales y grupos de trabajo con trayectorias más o menos prolongadas en el tiempo dedicados al estudio de algún aspecto del proceso terapéutico. Sin embargo, y a pesar de este notable desarrollo, también fue posible señalar algunas de las principales deficiencias que seguían existiendo en el área tales como la pluralidad de definiciones y operativizaciones de un mismo constructo con la consiguiente confusión conceptual que esto conllevaba, la preferencia por desarrollar nuevas medidas en lugar de usar las ya creadas y validadas en estudios previos, o la falta de sentido de unidad y compromiso entre los estudiosos del campo. Lamentablemente, este impulso observado en la investigación de procesos se vio frenado a mitad de la década de los 90 por el movimiento iniciado por la APA y su *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, desplazándose de nuevo la mayor parte de la atención de la investigación clínica hacia el estudio científico de la eficacia, efectividad y eficiencia de los tratamientos psicológicos.

Actualmente, y una vez superada la euforia inicial que acompañó a esta nueva etapa de la investigación de resultados, volvemos a encontrar un renovado interés por el estudio no sólo de lo que tiene éxito en la clínica sino, sobre todo, de *cómo* y *por qué* funciona la psicoterapia, presentándose nuevas formas de abordar la

investigación de procesos⁶ y retomándose algunas de las propuestas más tradicionales. En cualquier caso, la investigación de procesos continúa siendo un campo de estudio complejo cuyas características requieren ser mencionadas con cierto detalle. Pasemos, pues, a comentarlas con algún detenimiento.

2. ASPECTOS QUE CARACTERIZAN LA INVESTIGACIÓN DE PROCESOS EN PSICOTERAPIA.

Teniendo en cuenta la enorme cantidad de aproximaciones psicoterapéuticas diferentes que han existido y continúan existiendo en nuestros días, no resulta difícil imaginar la complejidad que el área de la investigación de procesos puede presentar, mayor incluso que la de la investigación de resultados, al verse obligada a considerar un abanico inmenso de variables potencialmente explicativas del cambio clínico (Garfield, 1990). A continuación se presentan los tres aspectos fundamentales que caracterizan el ámbito de la investigación del proceso terapéutico.

2.1. Confusión conceptual

En este sentido merece la pena destacar la propuesta realizada por Orlinsky, Ronnestad y Willutzki (2004) para sintetizar las áreas de variabilidad que presenta el concepto de *proceso*. Desde su punto de vista, existen cuatro formas en las que puede considerarse el proceso terapéutico:

- a) Por una parte, la concepción de *proceso* no es la misma cuando se usa dicho término para referirse al proceso de cambio que cuando es empleado para aludir al proceso de tratamiento. En el primer caso, lo más relevante será estudiar el comportamiento del cliente dentro y fuera de sesión; desde

⁶ En este sentido y a modo de ejemplo ilustrativo de estos intentos por promover una nueva generación de investigación de procesos (Pachankis y Goldfried, 2007), consideramos digna de reseñar la reciente aparición de un número especial en la revista *Clinical Psychology Review* titulado “*New Approaches to the Study of Change in Cognitive Behavioral Therapies*” (Hope y Hayes, 2007).

el segundo planteamiento, en cambio, el análisis de la conducta tanto del cliente como del terapeuta y, especialmente, de la interacción entre ambos *en sesión* será la pieza fundamental para el estudio del fenómeno clínico. La investigación de procesos desde la primera de las perspectivas planteadas presenta una dificultad importante: la escasez de consenso actual respecto a qué considerar indicadores apropiados del cambio. Si bien parece que la modificación de conducta ha resuelto mejor que el resto de orientaciones psicoterapéuticas esta cuestión a través de los estudios de caso único, los intentos por establecer indicadores de cambio al margen del enfoque clínico manejado ha dado lugar a importantes inconsistencias teóricas (Bastine, Fiedler y Kommer, 1990).

- b) Desde una perspectiva observacional, parece que el significado de *proceso* varía, además, en función de si éste está siendo observado y/o evaluado por el terapeuta, el cliente o un observador externo, tal y como ponen de manifiesto las bajas correlaciones encontradas entre las valoraciones realizadas por estos tres tipos de jueces.
- c) Otro aspecto que puede añadir confusión en el campo es el sentido que los investigadores le dan a la idea de secuencia que necesariamente implica hablar de procesos. Independientemente de que se pretenda estudiar el proceso de tratamiento o el de cambio, las secuencias analizadas pueden ser entendidas desde un punto de vista descriptivo como sucesiones temporales sin un valor necesariamente causal, o a partir de una perspectiva lógica como secuencias que implican una relación causa-efecto. El principal inconveniente de llevar a cabo un análisis secuencial completo de la terapia es el manejo de cantidades ingentes de datos que hacen peligrar la viabilidad de este tipo de trabajos. El problema de utilizar sólo algunos segmentos de tratamiento, en cambio, radica en la pérdida de base empírica con la que sustentar las conclusiones de los estudios realizados.
- d) Por último, el proceso terapéutico puede analizarse desde un nivel *micro* o *macro* en función del tamaño de las unidades de medida que se utilicen: pequeñas como las acciones o verbalizaciones del terapeuta y/o cliente, o

mayores como la fase de tratamiento en la que nos encontremos. La elección del tipo y/o cantidad de niveles descriptivos del proceso terapéutico que se van a estudiar a menudo depende de cuestiones prácticas variando de unos casos a otros.

En definitiva, el término *proceso* puede tener múltiples significados diferentes en función de cómo se emplee de modo que, ante cada estudio del proceso terapéutico cabría hacerse cuatro preguntas fundamentales para comprender la conceptualización del mismo que subyace a cada propuesta. En primer lugar, ¿se pretende analizar el proceso de tratamiento o de cambio?, ¿dicho proceso se entiende básicamente en términos temporales o causales?, ¿en qué nivel descriptivo se encuentran las variables evaluadas dentro de un continuo macro-micro?, y, finalmente, ¿desde qué perspectiva se está llevando a cabo la observación del fenómeno?

2.2. Pluralidad metodológica.

Si variada y diversa es la forma de conceptualizar el *proceso terapéutico*, las alternativas metodológicas para medirlo se hacen incalculables. De acuerdo con Hill y Lambert (2004), dichas alternativas podrían dividirse en dos grandes grupos: métodos cuantitativos y métodos cualitativos⁷. Estos últimos, a pesar de su notable proliferación en los últimos años, se han mostrado difíciles de clasificar puesto que varían tanto de unos estudios a otros que resulta sumamente complicado establecer una regularidad entre ellos. Por este motivo, y porque la aproximación cuantitativa continúa siendo la predominante en el área, nos vamos a centrar en la exposición de las dimensiones en las que pueden categorizarse las medidas cuantitativas sin que eso signifique rechazar las innegables aportaciones que se derivan del uso de una metodología cualitativa en el estudio del proceso terapéutico. Para esta exposición

⁷ Nos gustaría hacer una mención especial dentro de esta clasificación a una variante de la metodología cuantitativa denominada *investigación exploratoria* u *orientada hacia el descubrimiento* (Mahrer, 1988; Mahrer y Boulet, 1999). En ella la medida del proceso terapéutico se crea a partir de los datos de cada estudio y no antes de su obtención lo cual, aunque permite explorar los datos sin sesgos teóricos previos, dificulta la comparación entre estudios así como la validación de las medidas finalmente empleadas.

nos basaremos, principalmente, en las excelentes revisiones realizadas por Hill y Lambert sobre la materia (Hill y Lambert, 2004; Lambert y Hill, 1994).

- a) Por un lado, los instrumentos de evaluación del proceso terapéutico varían en función de la perspectiva que se adopte, esto es, según se describa el punto de vista del terapeuta, del cliente o de un juez externo no participante. Como ya señalábamos anteriormente, diversos estudios parecen haber encontrado correlaciones mínimas entre estas tres perspectivas.
- b) Independientemente de cuál sea la visión adoptada para analizar el proceso terapéutico, tradicionalmente se han señalado tres focos diferentes de análisis que pueden ser el centro de atención de las medidas de proceso: el terapeuta, el cliente o la díada terapeuta-cliente (Elliot, 1991). Aunque parece que el interés por el estudio del sistema terapeuta-cliente ha ido creciendo, la mayor parte de los trabajos en investigación de procesos se ha centrado en uno de los dos miembros de la interacción.
- c) Por lo que al aspecto del proceso analizado se refiere, es posible considerar cuatro tipos de variables que podrían ser estudiados: el *contenido* (lo que se dice o se quiere decir, su significado), la *conducta* (manifiesta o encubierta), el *estilo/estado* (cómo se dice o hace algo), y la *calidad* (lo bien que se hace o dice alguna cosa). De estas cuatro clases de variables la *conducta* ha sido la que se ha estudiado con mayor frecuencia mientras que el *contenido* sería el aspecto del proceso que menos atención ha suscitado a juzgar por los trabajos realizados al respecto.
- d) Encontramos asimismo diferencias en la orientación teórica desde la que se han desarrollado las medidas del proceso terapéutico, lo que ha dado lugar a la creación de instrumentos válidos para estudiar un determinado tipo de terapia pero no otro ya que los constructos en ellos evaluados pueden no tener cabida desde otro enfoque clínico diferente. Algunas medidas, sin embargo, como, por ejemplo, el *Psychotherapy Process Q-Set* (Jones, Cummings y Horowitz, 1988), han sido desarrolladas desde un punto de

vista general con el objetivo de evaluar el proceso terapéutico independientemente de la orientación teórica desde la que se lleve a cabo el mismo.

- e) Por lo que a la unidad de estudio se refiere, Hill y Lambert (2004) diferencian entre *medidas micro* y *medidas macro*. Las medidas *micro* serían aquellas que tendrían como unidad de análisis palabras, frases, turnos de palabra y unidades de pensamiento, lo que implicaría un estudio momento a momento del proceso terapéutico. Las medidas *macro*, en cambio, serían aquellas que se centrarían en unidades más amplias como sesiones o tratamientos. Las primeras de estas medidas implicarían el uso de estrategias de medición *directas* del proceso terapéutico en las que se codificarían conductas que se dan en consulta ya sea a partir de la observación en vivo de las sesiones o a través de la grabación y/o transcripción de las mismas. Las medidas *macro*, por su parte, utilizarían sistemas *indirectos* de medición del proceso terapéutico o, lo que es lo mismo, cuestionarios y autoinformes a cumplimentar por los participantes en el proceso clínico (terapeuta y cliente) entre los que cabe destacar, por ejemplo, el *Therapy Spectrum Analysis* (TSA, Smith y Grawe, 2003, 2005) o el *Working Alliance Inventory* (WAI, Horvath y Greenberg, 1989) del que se ha desarrollado recientemente una versión en castellano (Corbella y Botella, 2004).
- f) Si atendemos ahora al tipo de escala utilizado en la medición del proceso terapéutico, la variedad de propuestas que podemos mencionar resulta enorme. De todas ellas las más frecuentemente empleadas en la investigación de procesos han sido las escalas tipo Likert (asociadas, fundamentalmente, a los métodos indirectos a los que nos acabamos de referir) y los sistemas de categorías nominales (utilizados, sobre todo, en las mediciones directas del proceso terapéutico). La gran ventaja de las primeras es que permiten la cuantificación de las variables de interés, si bien presentan el inconveniente de que no sirven para la medición de aquellos aspectos del proceso terapéutico que no pueden establecerse como

un continuo. Los sistemas de categorías, en cambio, son útiles para clasificar este tipo de variables (especialmente conductas observables) aunque presentan ciertas desventajas asociadas al manejo de datos cualitativos y la necesidad de garantizar la exclusividad y exhaustividad del sistema de categorías.

- g) En cuanto a las estrategias empleadas para la codificación de los datos, podemos diferenciar dos métodos: el *método clásico o no inferencial*, basado en comportamientos observables y en el que se pretende reducir al mínimo las inferencias acerca de las intenciones o estados de los agentes de dichas conductas; y el *método pragmático o inferencial*, en el que los jueces tratan de deducir la intención o el estado del emisor a partir de la conducta observada. Evidentemente, la estrategia clásica de codificación da lugar a un mayor grado de acuerdo entre jueces al basarse en variables bien operativizadas y no en inferencias.
- h) Por último, Hill y Lambert (2004) añaden un elemento más a la clasificación de las medidas del proceso terapéutico que señalaban 10 años antes (Lambert y Hill, 1994): el material evaluado. Dicho material puede referirse a la sesión en vivo (o el recuerdo que de ella tenga el terapeuta, cliente o/y observador externo), transcripciones de la misma, grabaciones en audio, grabaciones en vídeo o algún tipo de combinación de estos elementos. Parece que diversos estudios han destacado la importancia de complementar el análisis de transcripciones con el análisis de grabaciones en vídeo o en audio que permitan contextualizar dichas transcripciones literales.

Ahora bien, aún teniendo en cuenta el problema que supone disponer de tal variedad de alternativas de medición del proceso terapéutico, probablemente el mayor desafío metodológico que encontramos en la investigación en psicología clínica se refiere a cómo relacionar el estudio del proceso con los resultados. En este sentido podemos señalar tres aproximaciones desde las que se ha tratado de analizar dicha relación (Hill y Lambert, 2004; Lambert y Hill, 1994):

- La aproximación correlacional.- La mayor parte de los investigadores de procesos han tratado de hacer frente a esta cuestión recurriendo a una estrategia correlacional en la que se intenta analizar el grado de asociación existente entre la frecuencia o proporción de ocurrencia de una variable de proceso con alguna medida de resultado. Estos trabajos, a pesar de ser los más frecuentes probablemente debido a lo sencillo de su realización, presentan serios problemas puesto que no tienen en cuenta factores como el momento, la calidad o el contexto en el que se dan las variables de proceso, los cuales podrían guardar una importante relación con los resultados obtenidos. Entre las principales críticas realizadas al enfoque correlacional hemos de destacar las formuladas por Stiles y Shapiro (Stiles y Shapiro, 1994) ya que dieron lugar a un interesante debate acerca de la idoneidad del uso de dicha estrategia metodológica en la investigación de procesos- resultados (por ejemplo, Hayes, Castonguay y Goldfried, 1996; Stiles, 1996).
- Análisis secuenciales.- Para algunos autores, en cambio, uno de los mejores métodos para estudiar el proceso terapéutico lo constituye el análisis secuencial (por ejemplo, Follette, Naugle y Callaghan, 1996; Terraz, de Roten, de Roten, Depreau y Despland, 2004). Este análisis, a diferencia de la aproximación correlacional tradicional, se centra en el estudio de los efectos inmediatos de las variables de proceso y no en su relación con los resultados al final del tratamiento, constituyendo una aproximación de sumo interés para el análisis de la contigüidad temporal de datos interactivos como los obtenidos al estudiar la díada terapeuta-cliente.
- El análisis de patrones.- Una extensión del análisis secuencial implica considerar secuencias más largas o patrones. En este sentido, resulta imprescindible mencionar el análisis de tareas utilizado por Greenberg, fundamentalmente, para estudiar los pasos que, desde su punto de vista, siguen los terapeutas experienciales cuando ayudan a sus clientes a resolver conflictos (véase, por ejemplo, Greenberg, 1992, 2007). Cuestiones referidas a la identificación de estos pasos, las transiciones entre los mismos, la relación entre las resoluciones y los resultados, así como el estudio de los

patrones de resolución para comprobar si son similares independientemente de la aproximación terapéutica analizada, son los principales desafíos asociados a esta metodología de análisis del fenómeno clínico.

2.3. Diversidad de los objetivos de investigación.

Una vez señalada la importante confusión conceptual existente en torno al término *proceso* en psicoterapia y la variedad de propuestas metodológicas realizadas para el estudio del mismo, consideramos esencial destacar una tercera fuente de complejidad en el ámbito de la investigación de procesos: el propósito perseguido por los investigadores en su trabajo. De acuerdo con los objetivos planteados, y atendiendo a la revisión realizada por Llewelyn y Hardy (2001), podemos distinguir tres tipos de estudios:

- a) Estudios descriptivos.- Desde una perspectiva exploratoria, algunos autores han concentrado sus esfuerzos en tratar de describir las conductas y procesos que ocurren en las sesiones clínicas, para lo que han desarrollado y validado diversos instrumentos de medida, tanto cualitativos como cuantitativos, con el fin de obtener una imagen lo más exacta posible de lo que sucede en sesión, imagen ésta que variará en función de cuál sea el prisma teórico desde el que se contemple y la unidad de análisis que haya sido seleccionada.
- b) Estudios sobre predictores de los resultados del tratamiento (comprobación de hipótesis).- La mayor parte de los estudios publicados en el área han perseguido la comprobación de hipótesis referidas a la relación entre ciertos procesos terapéuticos y los resultados del tratamiento. Estos trabajos habitualmente se han centrado en el análisis de una o más variables consideradas críticas por el investigador para explicar una proporción razonable de varianza del resultado. Llewelyn y Hardy (2001) señalan algunos de los tipos de estudios más destacados dentro de este grupo: i) trabajos que examinan el impacto de técnicas específicas (y no específicas) dentro de enfoques terapéuticos concretos, ii) estudios que examinan las características del cliente y analizan su relación con el proceso y los

resultados, iii) estudios que analizan las características del terapeuta y la relación de éstas con el proceso y los resultados, iv) trabajos que consideran cómo el contexto y los tiempos en los que se dan las variables de proceso afectan a los resultados, y v) estudios que analizan los factores de proceso cuando los resultados son pobres.

- c) Estudios del proceso ligado a una teoría del cambio.- Por último, resulta conveniente mencionar aquellos trabajos cuyo objetivo principal es el de examinar cómo ocurre el cambio, esto es, analizar la relación existente entre procesos psicoterapéuticos específicos y las teorías del cambio clínico. La idea que sustenta a este tipo de estudios es la de que sólo se logrará un progreso en el área si la investigación de procesos se fundamenta en una teoría concreta acerca de cómo es posible el cambio para distintos clientes en diferentes momentos. Una crítica importante realizada a muchos de los estudios sobre componentes terapéuticos, es que se basan en planteamientos teóricos inapropiados sobre el cambio como aquellos que asumen que existe una relación lineal positiva entre la cantidad de “principios activos” presentes en el tratamiento y las ganancias terapéuticas cuando podría ocurrir que ciertos componentes de la terapia tuvieran su efecto sólo cuando se dieran bajo las condiciones adecuadas mientras que, si aparecieran en otras circunstancias diferentes, su impacto sería bajo o incluso nulo.

Hasta aquí nos hemos referido a las características generales que presenta la investigación de procesos en psicología clínica; ahora pasaremos a exponer las líneas de estudio que nos parecen más destacables en el área.

3. PRINCIPALES LÍNEAS DE TRABAJO EN EL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN DE PROCESOS.

3.1. *El estudio de las variables predictoras del éxito clínico.*

Resulta incalculable la cantidad de trabajos que se han llevado a cabo en el ámbito de la investigación en psicoterapia sobre la relación entre variables de proceso y variables de resultado. Una buena muestra de ello la encontramos en las numerosas citas que aparecen en las diversas ediciones del *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Bergin y Garfield, 1971, 1994; Garfield y Bergin, 1978, 1986; Lambert, 2004) sobre este tipo de estudios, los cuales han analizado multitud de variables referidas al terapeuta, el cliente, la relación terapéutica, las técnicas de tratamiento y/o el contexto de la terapia así como su grado de asociación con distintas medidas del éxito clínico.

Ante la abrumadora cantidad de hallazgos que tal nivel de productividad ha promovido, se han alzado muchas voces señalando la necesidad de llevar a cabo un esfuerzo por recoger e integrar el conocimiento generado en el área (por ejemplo, Beutler, 1991, 2000; Orlinsky, Ronnestad y Willutzki, 2004). En este sentido, una de las propuestas más destacables y recientes que no podemos dejar de señalar es la que surge de la creación de una nueva Comisión o *Task Force* a iniciativa de los presidentes de la *North American Society for Psychotherapy Research* (NASPR) y la División 12 de la *American Psychological Association* (APA), Castonguay y Beutler, respectivamente. Dicha comisión se asentaba sobre la idea de que existía evidencia empírica suficiente como para concluir que la efectividad de la terapia psicológica se debía a la influencia de tres tipos de factores que interactúan entre sí: factores relacionados con las técnicas de tratamiento, factores relativos a los participantes en el proceso clínico y factores que tienen que ver con la relación terapéutica. Desde este punto de vista, el propósito de esta nueva *Task Force* era el de conocer el papel que jugaban estos tres tipos de variables en la efectividad de la psicoterapia y proponer la integración de sus únicas pero interdependientes contribuciones de modo que pudieran formularse toda una serie de principios de cambio comunes a cualquier intervención terapéutica independientemente de la

orientación teórica que la sustentase. El trabajo de esta Comisión, basado en la consulta de los informes elaborados por sus predecesoras⁸ y de las dos últimas ediciones del *Hanbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Bergin y Garfield, 1994; Lambert, 2004), dio lugar a la publicación de la obra “*Principles of therapeutic change that work*” (Castonguay y Beutler, 2006), donde se recogen los principios del cambio terapéutico comunes y no comunes a cuatro grupos de problemas psicológicos: trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y trastornos por abuso de sustancias.

Este mismo interés por dirigir la investigación en psicología clínica hacia la identificación de los principios del cambio que gozan de suficiente apoyo empírico lo encontramos en otros trabajos entre los que sin lugar a dudas destaca, desde nuestra perspectiva, la propuesta realizada por Rosen y Davison (2003), no tanto por el impacto que pueda haber tenido en el área, sino, sobre todo, porque compartimos en gran medida su visión crítica de la situación en la disciplina. A este respecto, los autores plantean un duro ataque contra el movimiento de la validación empírica de los tratamientos basándose en la consideración de que un sistema de valoración en el que existan listados públicos de la eficacia de las terapias puede favorecer, por motivos políticos y/o económicos, la inclusión de tratamientos “de marca” cuyos agentes de cambio no sólo no están claros, sino que, probablemente, son compartidos con otros procedimientos incorporando pocas o ninguna ventaja a esas formas de intervención ya existentes. La alternativa que proponen Rosen y Davison (2003) y a la cual nos adscribimos indudablemente, es el regreso a la identificación y aplicación de los principios científicos que explican el cambio tal y como hizo la terapia de conducta en sus orígenes, sólo así reduciremos la probabilidad de que el desarrollo de la psicología clínica pueda llegar a convertirse en una marioneta movida por los hilos de ciertos intereses particulares.

⁸ Nos estamos refiriendo a las dos *Task Force* previas creadas por las Divisiones 12 y 29 de la APA para el estudio de los tratamientos con apoyo empírico (*Empirically Supported Treatments, ESTs*; Chambless y Ollendick, 2001; Nathan y Gorman, 1998) y el análisis de las variables de la relación terapéutica empíricamente sustentadas (*Empirically Supported Therapeutic Relationship, ESTR*; Norcross, 2002).

3.2. *Propuestas integracionistas.*

Que el paradigma integracionista en psicología clínica continúa vivo es algo obvio a juzgar por la reciente publicación de la segunda edición del *Handbook of Psychotherapy Integration* (Norcross y Goldfried, 2005a), el mantenimiento de la edición periódica de la *Journal of Psychotherapy Integration* o los más de 30 nombres de destacados autores que se vinculan hoy en día a este movimiento. Sin embargo, una importante asignatura pendiente en el área sigue siendo la de demostrar empíricamente que las propuestas transteóricas son más efectivas y explican mejor el cambio que aquellos enfoques únicos basados en una corriente terapéutica particular (Norcross y Goldfried, 2005b).

Aunque se han desarrollado variadas formulaciones integracionistas desde el nacimiento de este movimiento en torno a los años 80 (lo cual no deja de resultar paradójico puesto que éste se creó con el objetivo de *integrar* la psicoterapia, no de diversificarla), existen tres líneas de trabajo que consideramos dignas de mención por la relevancia que han tenido en el campo. Una de ellas tiene como protagonista fundamental a Goldfried, probablemente el principal exponente del planteamiento integracionista. Este autor considera que la convergencia ha de llegar de la mano de la unificación terminológica y la conjunción de las perspectivas conductual y psicodinámica a un nivel intermedio, el de los principios básicos asociados al cambio terapéutico, dejando a un lado los intentos demasiado ambiciosos de integración teórica, así como los esfuerzos excesivamente meticulosos de convergencia técnica (por ejemplo, Goldfried 1996). Prochaska, por su parte, propone su Modelo Transteórico del Cambio (por ejemplo, Prochaska y DiClemente, 1992; Prochaska y Norcross, 2001) según el cual el cambio comportamental de los clientes observado en la clínica tendría lugar a través de seis estadios: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación (en un primer momento los autores de este modelo consideraron exclusivamente cinco estadios para, posteriormente, añadir el último de los aquí señalados). De acuerdo con este modelo, el progreso positivo a lo largo de este proceso de cambio precisa del ajuste por parte del psicólogo al estadio en el que se encuentra el cliente convirtiéndose la relación terapéutica en un elemento

fundamental para el éxito del tratamiento. Por último, consideramos interesante mencionar también aquí la concepción general del cambio, o *Teoría de la Consistencia*, formulada por Grawe (por ejemplo, Grawe, 2002). De acuerdo con dicha construcción teórica, todo sistema psicológico necesita mantener un nivel mínimo de consistencia para sobrevivir de modo que cualquier tipo de intervención psicoterapéutica deberá garantizar dicho nivel básico para evitar la aparición de mecanismos de defensa que impidan el cambio clínico. Esta consistencia imprescindible se logrará activando los recursos del cliente de tal forma que se pongan en marcha patrones saludables de funcionamiento y se aumente la tolerancia al incremento de la inconsistencia que inevitablemente aparecerá durante la modificación de los patrones problemáticos de comportamiento. Grawe, al igual que Prochaska, confiere un papel fundamental a la relación terapéutica en este proceso de apoyo y potenciación de los recursos del cliente.

3.3. La búsqueda de factores comunes.

Para algunos, la mejor explicación que se puede dar al *veredicto del pájaro Dodo*, es decir, a la idea de que todas las terapias producen resultados equivalentes, es que existen factores comunes a las distintas aproximaciones clínicas que contribuirían a lograr la mayor parte del éxito terapéutico (por ejemplo, Lampropoulos, 2000; Luborsky, 1995; Luborsky, Singer y Luborsky, 1975). Precisamente, esta búsqueda de los ingredientes centrales que compartiría cualquier forma de intervención en psicoterapia fue una de las tendencias más reseñables en el área durante los años 80, tal y como se señaló en el capítulo anterior, siendo muchos y muy diversos los trabajos que se publicaron al respecto en ese momento a pesar de que ya habían aparecido contribuciones previas que aludían a esa supuesta comunión entre procedimientos clínicos (por ejemplo, Rosenzweig, 1936; Watson, 1940).

Esta destacable línea de trabajo en la que se embarcaron autores como Garfield, Strupp o Frank, no quedó exenta de limitaciones y controversias que incluso sus propios defensores tuvieron que señalar. Buen ejemplo de ello lo constituye la revisión llevada a cabo por Grencavage y Norcross de los artículos publicados en el

área desde 1936 hasta 1989 (Grencavage y Norcross, 1990), la cual puso de manifiesto la escasa coincidencia existente entre las diversas propuestas de factores comunes que los distintos autores y grupos de trabajo realizaban. No sólo había una importante disparidad en los niveles de análisis y la terminología empleada por cada investigador, sino que, además, el tipo y número de factores mencionados, a menudo siguiendo un criterio clínico y no empírico (es decir, basado en lo que los terapeutas “decían que hacían” y no en el análisis sistemático de lo que “realmente sucedía en sesión”), variaba enormemente llegando a publicarse listados de hasta 20 elementos comunes (por ejemplo, Lambert, 1986) que chocaban notablemente con las propuestas de otros autores más parsimoniosos, algunos de los cuales llegaron incluso a defender la existencia de un único factor que, irónicamente, resultó ser diferente para cada uno de ellos (Bromberg, 1962; Hynan, 1981)⁹.

A estas deficiencias mencionadas por los propios estudiosos del campo se sumaron las críticas de aquellos que rechazaban el enfoque de los factores comunes al considerar que el hecho de que haya características compartidas por los distintos planteamientos terapéuticos no significa, necesariamente, que esos factores sean los más importantes puesto que, de hecho, podrían resultar totalmente irrelevantes para el éxito de la terapia o incluso ser en alguna medida perjudiciales (por ejemplo, Labrador, 1986, Wilson, 1996). Pero, a pesar de éstas y otras limitaciones apreciables en esta estrategia de estudio, lo cierto es que la búsqueda de factores comunes sigue siendo una cuestión viva¹⁰ que a menudo se entremezcla con las propuestas eclécticas e integracionistas y que ha dado lugar a multitud de trabajos. Como consecuencia de esta elevada productividad se ha señalado una gran variedad de posibles elementos compartidos por todas las psicoterapias que algunos autores han tratado de agrupar en unas pocas categorías. Uno de estos intentos es el llevado a cabo por Lambert y Bergin (1994), quienes hacen referencia a tres tipos de factores: factores de apoyo (por ejemplo, liberación de tensión, alianza terapéutica,

⁹ El factor común considerado por los autores citados fue el cliente en el primer caso (Bromberg, 1962) y la relación terapéutica en el segundo (Hynan, 1981).

¹⁰ Consideramos que la reciente publicación del trabajo de Weinberger y Rasco (2007) titulado “Empirically supported common factors” constituye una prueba tal vez anecdótica pero sin duda llamativa de que el movimiento de los factores comunes sigue vivo y plenamente adaptado a la actualidad de la investigación clínica.

calidez, respeto, empatía, aceptación y autenticidad del terapeuta), factores de aprendizaje (por ejemplo, experimentación afectiva, asimilación de experiencias problemáticas, experiencia emocional correctiva, retroalimentación), y factores de acción (por ejemplo, regulación conductual, animación hacia el afrontamiento de miedos, modelado, práctica, prueba de realidad).

Uno de los elementos comunes a todas las psicoterapias que más repetidamente se ha mencionado en los listados propuestos ha sido, sin lugar a dudas, la *relación o alianza terapéutica*, es más, probablemente no haya ningún manual sobre psicoterapia publicado en los últimos 10 años que no trate el tema de la relación terapeuta/cliente incluso aunque no lo considere un mecanismo central del cambio (Castonguay, Constantino y Grosse, 2006). Esta casi omnipresencia de la alianza terapéutica muy posiblemente tenga que ver, como ya señalaran Grenca y Norcross (1990), con el hecho de que se trata de un constructo muy general en el que pueden incluirse aspectos muy diversos relativos al cliente, al terapeuta e incluso al propio tratamiento. Desde esta perspectiva, en absoluto resulta sorprendente que el movimiento para la identificación de los tratamientos *empíricamente apoyados* se extendiera también a este ámbito con la creación de una nueva *Task Force* para el estudio de las *relaciones terapéuticas con apoyo empírico* (Norcross, 2002), tal y como señalamos en el capítulo anterior. En cualquier caso, el estudio de la interacción terapeuta/cliente desde el prisma del análisis y la modificación de conducta es, para nosotros, el aspecto más interesante dentro de la aproximación científica al fenómeno relacional en terapia, de ahí que dediquemos gran parte del siguiente y último apartado a tratar más a fondo esta cuestión.

4. ESTUDIO DEL PROCESO TERAPÉUTICO DESDE LA PERSPECTIVA ANALÍTICO-FUNCIONAL.

Como ya se ha señalado en repetidas ocasiones, la necesidad de la terapia comportamental de demostrar su superioridad respecto a los enfoques psicoterapéuticos tradicionales con los que tuvo que competir durante su aparición y los elevados niveles de eficacia demostrados desde ese momento, hicieron de la investigación de procesos una importante asignatura pendiente para la modificación de conducta (Bayés, 1984). En este sentido, probablemente la tentativa más interesante de análisis de lo que sucede en la clínica desde una perspectiva conductista fue, hasta los años 80, la llevada a cabo por el grupo de la Universidad de Nevada liderado por Willard Day. Day y su equipo crearon la denominada “Metodología de Reno” (*The Reno Methodology*) con la que se pretendía llevar a cabo un análisis comportamental de las transcripciones de episodios conversacionales extraídos de sesiones clínicas reales a partir de la formulación de un código de categorías que permitiese caracterizar el episodio verbal estudiado. Para ello, el analista de conducta primero leía las transcripciones tomando notas al margen acerca de posibles fuentes de control antecedente o consecuente que podrían estar influyendo en la conducta del hablante basándose en los principios del condicionamiento clásico y operante así como en las categorías propuestas por Skinner (1957) para el estudio de la conducta verbal. Esas transcripciones se volvían a leer de nuevo centrándose esta vez en el posible control histórico, antecedente o consecuente de la conducta del hablante recogiendo los comentarios pertinentes también al margen. Posteriormente, ambas anotaciones se sistematizaban en códigos de categorías que se aplicaban repetidamente sobre las transcripciones reexaminando una y otra vez las notas tomadas y depurando el sistema de categorías hasta formular definiciones suficientemente específicas de las mismas. Este tipo de análisis, aunque de gran interés, pronto presentó importantes problemas relacionados con lo costoso de su realización, lo complicado de la comparación de los resultados entre sí y las dificultades para asegurar una adecuada fiabilidad interjueces. La mayor parte de los esfuerzos realizados desde esta

perspectiva consistieron en disertaciones o tesis que tendían a ser amplísimas ya que varios cientos de páginas eran necesarios para describir a penas unas pocas horas de transcripción. El hecho de que ninguno de estos trabajos haya sido publicado hasta la fecha y que tan sólo algunos investigadores (Leigland, Dougher, Hayes) hayan usado variantes de este método aunque sin demasiado éxito, es, sin duda, un claro indicador de los serios inconvenientes que presenta esta estrategia de investigación (Hayes, Blackledge y Barnes-Holmes, 2001).

Pero a pesar de que esta línea de trabajo no diera los frutos deseados, lo cierto es que los miembros del grupo de Reno formados bajo la tutela de Day pronto iniciaron su propia andadura profesional dando lugar a importantes desarrollos teóricos, investigadores y aplicados (por ejemplo, Follete, Naugle y Callaghan, 1996) sin los cuales es imposible comprender la situación actual de la psicoterapia, en general, y de la terapia de conducta, en particular. Estas aportaciones, cuyos orígenes se sitúan en torno a la mitad de la década de los 80 e inicio de los 90, se basaron en la aplicación de los postulados del conductismo radical al análisis de la conducta clínica, prestando especial atención a dos grandes aspectos tradicionalmente olvidados por la terapia comportamental y que se consideran ahora claves para comprender el proceso de cambio observado en la clínica: la relación terapéutica y el lenguaje entendido como conducta verbal (Pérez, 1996a).

Por lo que a la interacción terapeuta-cliente se refiere, ésta es conceptualizada como un proceso de discriminación y reforzamiento a través del cual el terapeuta, con su propio comportamiento, iría moldeando gradualmente la conducta del cliente en la propia situación clínica hasta lograr la reducción/eliminación del comportamiento desadaptativo y/o la aparición o el incremento de la conducta deseada (por ejemplo, Callaghan, Naugle y Follette, 1996; Rosenfarb, 1992). Este modo de entender la relación terapéutica, aplicable no sólo a la intervención conductual sino también a cualquier otra forma exitosa de tratamiento psicológico¹¹,

¹¹ Podemos mencionar en este sentido los trabajos realizados por Truax (1966a,1966b), quien sugería, con base en cierta evidencia empírica, la conveniencia de recurrir a los principios de reforzamiento para comprender y explicar la relación basada en la empatía, calidez y autenticidad que, en teoría, constituía la base del cambio terapéutico de la terapia centrada en el cliente. La polémica que se generó tras la publicación de estos estudios (Lieberman, 1969a,1969b; Truax, 1969) constituye un buen reflejo del debate existente en aquellos momentos entre dos figuras fundamentales para la psicología clínica: Rogers y Skinner.

fue tomado como fundamento para la formulación de una nueva alternativa clínica, la *Psicoterapia Analítico Funcional* (PAF; Kohlenberg y Tsai, 1991, 1995), basada en una serie de reglas en la que se especifican los comportamientos del terapeuta necesarios para que se produzca el cambio deseado en el cliente en el contexto de la relación interpersonal establecida entre ambos.

En cuanto al estudio del lenguaje desde una perspectiva funcional, los desarrollos empíricos y teóricos sobre el análisis de la conducta verbal llevados a cabo en los últimos 30 años, fundamentalmente aquellos relacionados con la investigación sobre relaciones de equivalencia y la formulación de la teoría del marco relacional del lenguaje y la cognición humana (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001), han dado lugar a interesantes análisis del comportamiento verbal observado en la clínica (por ejemplo, Wilson y Blackledge, 2000), así como a la formulación de otra novedosa alternativa psicoterapéutica: la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (TAC; Hayes, 1987; Hayes y Wilson, 1994; Wilson y Luciano, 2002). Para la TAC (o ACT, sus siglas en inglés cuyo uso ha llegado a extenderse también al castellano) el lenguaje, entendido como conducta verbal en el sentido radical del término, sería el contexto en el que se constituirían los problemas psicológicos y, por tanto, el elemento central de la terapia, la cual se centraría no tanto en el cambio de la conducta desajustada sino, sobre todo, en la modificación del contexto lingüístico en el que ésta se da de modo que deje de constituir un problema para el cliente. Para que se produzca esta recontextualización, dirán los autores, la persona que solicita tratamiento tendrá que aceptar que hay aspectos que no podrán modificarse, al mismo tiempo que el terapeuta deberá presentar un comportamiento no directivo que favorezca un adecuado desarrollo del compromiso personal del cliente con el proceso terapéutico.

Es indudable que estas dos propuestas clínicas, al margen de la valoración que puedan merecernos y de las limitaciones que puedan presentar (por ejemplo, Corrigan, 2001; Evans, 2005), han revolucionado el panorama actual de la psicoterapia, no sólo por la multitud de trabajos, publicaciones y desarrollos terapéuticos a los que han dado lugar, sino, sobre todo, porque constituyen un meritorio esfuerzo en el ámbito del análisis del proceso terapéutico, la formulación

de una teoría conductual del cambio clínico y la utilización de dicha conceptualización para crear formas más efectivas de proceder en terapia. Ésta es, desde nuestro punto de vista, la estrategia que debemos seguir si queremos llegar a desentrañar el fenómeno clínico en toda su complejidad, un paso fundamental para alcanzar el fin último de la investigación en psicoterapia: ser capaces de promover formas cada vez más potentes de intervención psicológica.

CAPÍTULO III

EL ESTUDIO DE LA CONDUCTA VERBAL PARA LA COMPRENSIÓN DEL FENÓMENO CLÍNICO

Al margen del planteamiento teórico desde el que se enfoque el análisis del proceso terapéutico, de la metodología que se utilice para tratar de abordarlo, de los objetivos concretos de investigación que se planteen, la comprensión del fenómeno clínico precisa, ineludiblemente, de alguna forma de estudio y/o conceptualización del comportamiento verbal emitido en sesión. En primer lugar, porque en el tratamiento ambulatorio gran parte de los problemas y progresos del cliente se dan fuera de terapia de modo que el clínico a menudo sólo puede conocerlos a través de las descripciones o narraciones elaboradas por su cliente, ya sean éstas orales (entrevista) o escritas (autorregistros y autoinformes, fundamentalmente). En segundo lugar, porque en ocasiones parte del problema del cliente radica en lo que éste *se dice* sobre su vida, el mundo, su propio problema o sobre la solución del mismo; es decir, el problema o, al menos, parte de él, lo encontramos en las verbalizaciones disfuncionales emitidas por el cliente, verbalizaciones a modificar que pueden aparecer y/o ser evocadas en el propio contexto clínico. En tercer lugar, porque a menudo el terapeuta trata de promover cambios en la vida de su cliente a través, fundamentalmente, de instrucciones y pautas verbales que señalan *en* sesión lo que el cliente debe hacer *fuera* de ella. Por último, aunque no por ello menos importante sino todo lo contrario, porque pocas actividades distintas a hablar se realizan en la actualidad en la clínica, de modo que estudiar lo que sucede *en* sesión ha de implicar, necesariamente, el estudio de la interacción verbal que se da entre terapeuta y cliente.

Obviamente, en función del enfoque desde el que se conceptualice la conducta verbal, la lógica de la investigación del proceso terapéutico irá en un

sentido u otro. Nosotros nos adscribimos al modelo conductual del comportamiento verbal que tiene una base clara en la psicología interconductual de Kantor (Kantor, 1936, 1958), a menudo olvidada, y, fundamentalmente, en el conductismo radical de Skinner (Skinner, 1938, 1957). La formulación skinneriana pretendió extender los principios de condicionamiento clásico y, sobre todo, operante derivados de la investigación con animales al estudio y conceptualización de la conducta humana en general y del comportamiento verbal en particular. Con el paso del tiempo, sin embargo, las críticas señalando las limitaciones de esta propuesta se dejaron oír dentro y fuera del propio paradigma conductual (Chomsky, 1959; Hayes y Hayes, 1989; Ribes, 1990, entre muchos otros), llevando a algunos autores a sugerir e incluso proclamar la necesidad de elaborar una nueva teoría del comportamiento humano que empiece donde termina el planteamiento operante (Hayes, Blackledge y Barnes-Holmes, 2001; Martínez, 1991). Pero a pesar de todas estas críticas, lo cierto es que la famosa obra de Skinner, *Conducta Verbal* (Skinner, 1957), ha tenido una influencia innegable en la literatura académica que continúa hasta nuestros días (Dymond, O’Hora, Whelan y O’Donovan, 2006). Esta influencia, que no siempre ha conseguido llegar al ámbito de la investigación empírica, pone de manifiesto que, aunque el modelo conceptual de la conducta verbal esté evolucionando y parte del trabajo de Skinner haya sido transformado, la base filosófica del conductismo radical, esto es, un planteamiento monista, el énfasis en el análisis funcional, la concepción operante de la conducta y el compromiso hacia la verificación empírica, permanece intacta en la aproximación conductista al estudio del comportamiento verbal (Hayes y Leonhard, 1994). Veamos, entonces, cómo se ha abordado desde esta tradición conductual el análisis de los aspectos del comportamiento verbal de mayor relevancia en el ámbito clínico.

1. EL VALOR REFERENCIAL DE LA CONDUCTA VERBAL Y LA CORRESPONDENCIA *HACER-DECIR-HACER*.

Como ya señalábamos al inicio de este tercer capítulo, a menudo el problema por el que consulta el cliente no ocurre en el contexto clínico o, al menos, no del mismo modo ni bajo las mismas circunstancias que cuando se presenta en el entorno habitual del cliente y, de hacerlo, suele implicar algún evento privado que resulta inaccesible para el terapeuta. En estos casos, pero también cuando se producen cambios, progresos y/o dificultades en la vida del cliente, prácticamente la única forma en la que el psicólogo puede tener conocimiento de lo que sucede es a través del informe verbal que de ello hace la persona que acude a terapia. Esto, sin duda, nos enfrenta a varias cuestiones relevantes y, desgraciadamente, no del todo resueltas en el ámbito del estudio de la conducta verbal. Por un lado, pone de manifiesto el valor referencial del lenguaje o, lo que es lo mismo, la capacidad del ser humano de utilizar la conducta verbal para referirse a eventos que no están presentes. El interconductismo de Kantor, hace más de medio siglo, ya aludía a la función sustitutiva del lenguaje y destacaba que, independientemente de cuál fuera el referente en cada acto lingüístico, el elemento con el que se interactúa durante el mismo es el habla, es decir, la conducta verbal, y no el evento sustituido (Varela, 2008). Ahora bien, ¿cómo adquiere el lenguaje ese valor referencial?, o, lo que es lo mismo, ¿cómo se aprende el significado de lo verbal? La controversia en este aspecto sigue vigente tal y como pone de manifiesto, por ejemplo, la serie de réplicas y contrarréplicas entre quienes enfatizan el papel de los procesos pavlovianos en la adquisición de significado del comportamiento verbal (Tonneau, 2004; Tonneau, Arreola y Martínez, 2006) y quienes hacen prevalecer ante todo la relevancia de los procesos operantes en el desarrollo del simbolismo del lenguaje (Barnes-Holmes, 2005; Barnes-Holmes y Hayes, 2002); sin olvidar, por supuesto, las propuestas que han recurrido a ambos paradigmas de aprendizaje para explicar la adquisición del lenguaje (Staats, 1967/1983).

Por otra parte, la necesidad del terapeuta de tener que recurrir al informe verbal del cliente para poder conocer la gran mayoría de los eventos privados que éste

experimenta y que son relevantes para la terapia, vuelve a llamar la atención sobre el valor referencial del lenguaje y, fundamentalmente, sobre un aspecto muy particular del mismo: cómo aprendemos a dar cuenta de aquellos acontecimientos que son observables exclusivamente para aquel que los vive. Dejando a un lado un tipo de evento privado, el pensamiento, al que nos referiremos más tarde, el propio Skinner y autores posteriores han destacado la idoneidad de considerar la perspectiva del conductismo radical para entender el desarrollo y las propiedades funcionales de las emociones (Pérez, 2004; Skinner, 1957). Desde esta postura, el papel de la conducta verbal en el aprendizaje de los sentimientos es clave: no nos referimos a ellos porque los experimentamos, sino que los experimentamos como tales precisamente porque nuestro entorno social los nombra a partir de la observación de la estimulación pública que acompaña a nuestra sensación propioceptiva y a la respuesta que damos a la misma, ayudándonos así a determinar y discriminar nuestras emociones y a poder responder a la pregunta “¿qué sientes?”, lo cual hará que seamos reforzados socialmente.

Además de esto, resulta igualmente crucial para la psicoterapia llegar a descubrir las variables que se relacionan con la correspondencia *decir-hacer-decir* puesto que es fundamental que el cliente cuente a su terapeuta lo que hace realmente y que haga efectivamente aquello que dijo en terapia que iba a hacer. Gran parte de los trabajos realizados en esta área, sin embargo, se han centrado en el estudio experimental de la manera de crear, mantener y generalizar esa correspondencia en niños, especialmente en niños con problemas de retraso en el desarrollo (Luciano, Barnes-Holmes y Barnes-Holmes, 2002; Luciano, Herruzo y Barnes-Holmes, 2001), lo que dificulta la generalización de las conclusiones extraídas de estos trabajos a la clínica privada con adultos. Dichas conclusiones parecen señalar el papel de las contingencias verbales en la creación de esas correspondencias *decir-hacer*. Estas correspondencias pueden, a su vez, modificar otras conductas hasta tal punto que algunos autores han llegado a afirmar que podría resultar más fácil cambiar el comportamiento humano moldeando *lo que se dice sobre lo que se hace* que moldeando directamente *lo que se hace* (Catania, 1998). Sin duda, arrojar luz

sobre cuestiones como las planteadas resulta imprescindible para comprender mejor lo que sucede en terapia y proponer formas de actuación clínica más eficientes.

2. EL COMPORTAMIENTO VERBAL DEL CLIENTE COMO UNA CONDUCTA CLÍNICAMENTE RELEVANTE.

Si bien es cierto que, tal y como señalábamos en el punto anterior, una parte importante de los problemas del cliente ocurre fuera del contexto clínico, las conductas problemáticas que presenta en su vida cotidiana la persona que solicita tratamiento también pueden darse en sesión. El énfasis en que los problemas de la vida diaria pueden aparecer, y de hecho aparecen en el contexto clínico de modo que el terapeuta puede observarlos, modificarlos y promover la generalización de esos cambios al entorno natural del cliente, se unió en los años noventa a la idea de que el lenguaje presentado por el cliente en sesión debía considerarse una conducta clínicamente relevante tanto por ser una muestra del problema, como por constituir una herramienta para el cambio, conformándose así el *panorama renovado* de la terapia de conducta al que se refería Pérez a mediados de dicha década (Pérez, 1996a). Esta renovación tuvo su máximo exponente en la formulación de dos nuevas terapias que asumían esos supuestos y trataban de llevarlos a la práctica: la *psicoterapia analítico funcional* o PAF (Kohlenberg y Tsai, 2008), y la *terapia de aceptación y compromiso* o TAC (Hayes, 1987; Hayes y Wilson, 1994; Wilson y Luciano, 2002), a las que hemos hecho alusión en el anterior capítulo.

Más allá de este importante movimiento que sin duda convulsionó la terapia de conducta, la consideración del comportamiento verbal como una *conducta clínicamente relevante*, por hablar en términos de la PAF, ha sido algo inherente a la aproximación conductista radical si se toma en consideración cómo se ha conceptualizado desde la misma el pensamiento y el cambio cognitivo en terapia. Como decíamos al comenzar el actual capítulo, en ocasiones el problema, o parte del problema que lleva al cliente a buscar ayuda psicológica tiene que ver con lo que éste *piensa* acerca de sí mismo, su vida, el mundo e incluso su propio problema,

constituyendo la modificación de estos pensamientos un importante objetivo de intervención clínica. Ahora bien, ¿qué naturaleza le confiere el enfoque conductual a las cogniciones? Desde el conductismo metodológico, la conducta observable sería el instrumento que nos permitiría llegar a los eventos privados, verdadero objeto de estudio de la psicología y causa del comportamiento manifiesto. Sin embargo, para el conductismo radical los procesos “mentales” no formarían parte de la explicación sino de aquello que debe ser explicado (Freixa, 2003) puesto que los eventos privados, la conducta encubierta a la que se refería Skinner, son un tipo de comportamiento que posee las mismas propiedades que la conducta manifiesta y que, por tanto, se encuentra sujeto a las mismas leyes que ésta (Skinner, 1957). En este sentido, *hacer, decir, pensar, imaginar, emocionarse o recordar* constituyen diversas formas de comportamiento operante (Pérez, 2004), las cuales pueden diferenciarse en el grado en el que son accesibles para un observador externo, pero esa diferencia de accesibilidad no justifica, sin duda, la marcada dicotomía que se ha llegado a establecer entre “conducta” y “procesos mentales” llegando a considerarse estos últimos la causa de la primera (Freixa, 2003).

Los propios términos empleados para designar dichos “procesos mentales” poseen un claro matiz manipulativo que dice mucho del origen manifiesto, motor y público de las conductas encubiertas. Así, por ejemplo, “calcular” procede del latín *calculare* (“manipular guijarros en el sentido de contarlos”), aludiendo al componente motriz que se encuentra en el origen de esta conducta (pensemos, si no, en cómo cuentan los niños que están aprendiendo a hacerlo) la cual, a fuerza de repetirse, llegaría a automatizarse haciéndose cada vez menos dependiente de su soporte manipulativo y convirtiéndose en algo cada vez más privado (Freixa, 2003). El término “pensar” no es un caso diferente. Su origen etimológico situado en el latín *pensare* (‘pesar’) se refiere a la acción manual de comparar y sopesar, lo que de nuevo nos sitúa en la dimensión de lo observable. En cualquier caso, e independientemente del origen de la palabra, lo cierto es que *pensar* implica un proceso de silenciación del lenguaje (que no de interiorización, diría Kantor), donde el hablante y el oyente (referidor y referido en términos interconductuales) son la misma persona y donde lo que *se dice* no es el efecto de lo que *se pensó*, sino que

ambas cosas son *habla* con la peculiaridad de que una se presenta en voz alta y otra en silencio (Varela, 2008). Como explica Pérez (2004), decir es un hacer con palabras, una conducta operante que se sirve de signos socialmente compartidos, el lenguaje, para entablar un contacto efectivo con las personas y las cosas. Este “decir” o, lo que es lo mismo, este comportamiento verbal, se aprende socialmente a través de un proceso en el que uno es primero objeto del habla de otros para convertirse, posteriormente, en objeto del habla de uno mismo ante el interés de los demás en que uno aprenda a dar cuenta de sí y, en especial, de aquello que sólo es observable para cada individuo particular. Una vez que aprendemos este hablar de nosotros ante otros, el siguiente paso será hablar con uno mismo, primero en voz alta y, finalmente, en silencio, surgiendo de este modo el pensamiento o cognición que tanto interés ha despertado en el enfoque cognitivo de terapia.

Precisamente porque la naturaleza y el estatus de las cogniciones para el conductismo radical son iguales a los de la conducta manifiesta, para esta aproximación teórica el cambio cognitivo no implicaría mecanismos de aprendizaje distintos a los que subyacen a la modificación de otros comportamientos. En concreto, desde una perspectiva comportamental las técnicas cognitivas conllevarían el manejo de conductas gobernadas por reglas puesto que las ideas irracionales y/o desadaptativas se conciben como reglas erróneas, es decir, como afirmaciones inciertas sobre las contingencias a las que está expuesto el cliente (Martin y Pear, 2007; Poppen, 1989). De acuerdo con Poppen (1989), la comunidad verbal enseña a sus miembros a extraer reglas de las contingencias ambientales, reglas que sirven tanto para guiar el comportamiento de otros como el comportamiento propio. En ocasiones, sin embargo, estas reglas derivadas no se ajustan a la realidad pero se mantienen porque puntualmente pueden coincidir con las contingencias ambientales, porque actuar de modo consistente con la regla puede haberse convertido en algo reforzante, porque es posible obtener refuerzo social y/o evitar responsabilidades desagradables al poner de manifiesto nuestras limitaciones, o porque a menudo estas reglas erróneas no se encuentran bien descritas de modo que las inconsistencias con ellas no resultan obvias. Desde este planteamiento, la reestructuración cognitiva implicaría el aprendizaje de nuevas

reglas que señalarían conductas específicas asociadas a consecuencias ambientales reales que serían las responsables de que dichas conductas se mantuvieran en el ambiente natural del cliente (Martin y Pear, 2007). Este aprendizaje de nuevas reglas se llevaría a cabo fundamentalmente en sesión a través del denominado debate socrático, un procedimiento verbal mediante el cual el terapeuta cuestiona las creencias erróneas del cliente obligando a éste a defenderlas, algo que resultaría castigante para la persona en tratamiento, al mismo tiempo que refuerza, moldea y modela verbalizaciones referidas a nuevas reglas más adaptativas (Froján, Calero y Montaña, 2006, en prensa; Poppen, 1989).

3. EL PAPEL DEL TERAPEUTA COMO ADMINISTRADOR DE INSTRUCCIONES Y PAUTAS VERBALES PARA GENERAR CAMBIOS EN EL ENTORNO NATURAL DEL CLIENTE.

Hablar de la conducta *gobernada por reglas* o *verbalmente gobernada* no sólo es relevante cuando nos referimos al cambio cognitivo, su importancia se extiende a todo el proceso terapéutico en la medida en la que a menudo el terapeuta trata de generar cambios y promover la realización de ciertas conductas fuera del contexto clínico mediante la presentación de instrucciones verbales y/o reglas en sesión.

A pesar de la importancia de la conducta verbalmente gobernada, o precisamente por ella, desde que Skinner diferenciara entre *conducta moldeada por reglas* y *conducta moldeada por las contingencias* (Skinner, 1966, 1969), la polémica acerca de la conceptualización, funcionalidad y variables que determinan este tipo de comportamiento se ha mantenido viva (Luciano, 2000; Schlinger, 1990) convirtiéndose la expresión *conducta gobernada por reglas* en una de las más problemáticas en la terminología analítico-conductual (Catania, 1998). En cuanto a su conceptualización, la formulación skinneriana de *regla* como un estímulo verbal que especifica las contingencias y que posee función de estímulo discriminativo, ha sido revisada por diversos autores, algunos de los cuales han enfatizado una definición formal del término (Glenn, 1987) mientras que otros han insistido en su

definición funcional (Catania, 1989). Dentro de esta polémica, sin embargo, encontramos algunas posturas intermedias entre las que cabe destacar, sin lugar a dudas, la de Schlinger (1990) que define las reglas como estímulos que especifican contingencias y que poseen el efecto de alterar las funciones respondientes y operantes de los estímulos que describen. Es decir, desde este planteamiento, las reglas podrían presentar más funciones que las de estímulo discriminativo de ahí que se use una descripción formal del término que no sólo no iría en contra de la definición funcional del mismo, sino que incluso podría complementarla.

Esta cuestión de la funcionalidad de las reglas es otro aspecto no resuelto en el análisis de conducta. Su consideración como estímulos discriminativos no ha estado exenta de críticas por dos motivos fundamentalmente: (a) si la regla funciona como estímulo discriminativo, resulta innecesario definirla como algo diferente al resto de estímulos con esa misma funcionalidad, y (b) no podemos mantener que un estímulo que nunca antes ha sido asociado a un refuerzo pueda tener la primera vez que se presenta una función de estímulo discriminativo (Ribes, 2000). Entre las funciones que podrían presentar las reglas podemos destacar la función de estímulo, cuando se estudia la conducta de seguir reglas, y la función de respuesta, cuando se analiza la conducta de construirlas o formularlas (O'Hora y Barnes-Holmes, 2001). Así mismo, las reglas que proporcionan información sobre las contingencias podrían funcionar como instigadores verbales de una respuesta disminuyendo el tiempo y el esfuerzo que requeriría el moldeamiento completo de la misma (Ribes, 2000). Por último, como ya se ha mencionado, las reglas podrían actuar alterando las funciones de algún miembro de la contingencia descrita (Schlinger, 1990).

Al margen de la función que puedan desempeñar las reglas, se ha criticado la distinción inicial realizada por Skinner entre el *comportamiento moldeado por las contingencias* y el *comportamiento moldeado por reglas* ya que, en la medida en la que la conducta de seguir reglas se concibe como una operante generalizada, su aprendizaje también depende de las contingencias. Por otra parte, cada conducta de seguir una regla, una vez que se presenta por primera vez, ya entra en contacto con las contingencias naturales de modo que tiene poco sentido distinguirla del denominado *comportamiento moldeado por las contingencias* (Pérez, 1996b). Ante

esto, algunos autores han señalado como característica de la conducta gobernada verbalmente su insensibilidad a las contingencias naturales pero lo cierto es que los resultados de estos estudios no han sido concluyentes y parecen poner de manifiesto que esta insensibilidad puede ser atribuida a ciertas variables del diseño experimental que no tendrían por qué darse, o al menos no siempre, en el entorno natural de los individuos (por ejemplo, Matthews, Catania y Shimoff, 1985).

Precisamente se ha utilizado el tipo de contingencias que controlan la conducta de seguir una regla para distinguir entre *pliance*, esto es, la conducta gobernada por una regla y bajo el control de consecuencias sociales, y *tracking*, la conducta gobernada por una regla bajo el control de consecuencias naturales o que tienen que ver con el funcionamiento del mundo (Hayes, Zettle y Rosenfarb, 1989). Aunque pueden darse los dos tipos de conducta a la vez (podemos recibir aprobación social por cumplir una regla y que esto además nos proporcione determinadas consecuencias naturales), en terapia es muy posible que prevalezca el *pliance* sobre el *tracking*, por lo que será importante que el terapeuta formule reglas que den lugar a comportamientos que puedan mantenerse con el refuerzo del entorno natural del cliente para que éstos no desaparezcan cuando el psicólogo deje de administrar el refuerzo social. Así mismo, podría ocurrir que, puesto que la sociedad tiende a reforzar el seguimiento de reglas y a castigar el no cumplimiento de las mismas, la conducta gobernada por reglas se mantuviera como forma de escapar al malestar que generaría no seguirlas (Malott, 1989). En cualquier caso, está claro que seguir reglas es un comportamiento altamente adaptativo en la mayoría de los casos puesto que facilita y acelera el aprendizaje especialmente cuando las contingencias son complejas o están poco claras (Vaughan, 1989). Esto explicaría, sin duda, que tendamos a formular reglas incluso para guiar nuestro propio comportamiento, algo que parece resultar más efectivo que si es otra persona la que nos presenta una nueva regla (Malott, 1989).

Otra interesante clasificación que se ha hecho con relación a las reglas ha sido aquella que diferencia entre *reglas descriptivas* y *reglas prescriptivas* (Chase y Danforth, 1991), o entre “normas” e “instrucciones” ya que, tal y como señala Pérez (1996b), en terapia puede ser más útil para el cliente saber cómo tiene que actuar

que conocer “las reglas del juego”, aunque puede haber circunstancias en las que, si el cliente ya dispone de los repertorios de actuación adecuados, resulte más interesante proporcionarle la norma que le permita discriminar las contingencias. El papel de las instrucciones no se comenzó a tener en cuenta hasta los años 70, momento en el que empezaron a entenderse como variables independientes que debían estudiarse por separado en la experimentación con humanos (Ayllon y Azrin, 1964; Galizio, 1979). En este tiempo de investigación, las instrucciones se han considerado estímulos discriminativos que pueden aumentar la sensibilidad a las contingencias (Baron y Galizio, 1983), pero también se les ha atribuido una función facilitadora o inhibidora, al considerarlas un evento disposicional (Bijou y Baer, 1966), e incluso informativa acerca de la situación contingencial (Martínez y Ribes, 1996). Aunque aún hay mucho trabajo por hacer en el campo de la investigación sobre control instruccional, los resultados de algunos estudios han puesto de manifiesto características y variables asociadas a este control que pueden ser relevantes en el ámbito clínico. Así, el papel de la historia de reforzamiento de la conducta de seguir instrucciones del individuo parece fundamental para entender el comportamiento de éste ante una nueva instrucción, aunque también es relevante la historia de interacción con esa instrucción concreta (Martínez y Tamayo, 2005), algo que el terapeuta puede controlar. Por su parte, a pesar de que el reforzamiento es importante en el seguimiento de instrucciones, parece que el feedback continuo puede resultar más interfiriente que facilitador en algunos casos (Ribes y Martínez, 1990). Por último, es conveniente tener en cuenta a la hora de formular las instrucciones que pretenden guiar la conducta del cliente fuera de sesión, la relación que parece existir entre la precisión de las instrucciones y el grado de transferencia del aprendizaje a contextos nuevos (Martínez, Ortiz y González, 2002).

4. LA INTERACCIÓN VERBAL TERAPEUTA-CLIENTE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO.

Además de lo señalado hasta ahora, si por algo resulta importante el análisis de la conducta verbal en el estudio del proceso terapéutico es porque se trata del comportamiento que ocurre con más frecuencia en terapia. A pesar de ello, el enfoque conductual rara vez se centró en el análisis funcional de la conducta verbal que se da en la interacción terapeuta-cliente, sino que prestó mucha más atención al lenguaje en su papel como instrumento para hablar de los problemas del cliente en su entorno natural o como medio para referirse a los eventos privados experimentados por la persona que solicitaba tratamiento (Pérez, 1996b). Esta situación comenzó a cambiar, como ya se ha señalado anteriormente, a finales de los años 80 y principios de los 90 con los trabajos de diversos autores que trataron de formular una interpretación analítico-funcional de la relación terapéutica en general (Rosenfarb, 1992) y de la conducta verbal que en ella ocurría en particular (Hamilton, 1988), así como con el desarrollo del denominado *enfoque contextual de la terapia de conducta* en el que se enmarcaron las mencionadas PAF y TAC.

Independientemente de las repercusiones que esta focalización en el análisis de la interacción verbal entre terapeuta y cliente haya podido tener en el quehacer clínico, su relevancia para la investigación del proceso terapéutico es máxima: analizar la conducta de los profesionales de la psicología clínica puede ayudarnos a clarificar los procedimientos que utilizan (Pérez, 2004). Con el objetivo de trabajar hacia esta clarificación, Pérez (1996a) propuso un listado de *operaciones conductuales básicas* con las que pretendía señalar las operaciones que definen lo que hace el psicólogo cuando ejerce como terapeuta de conducta. Estas operaciones, así denominadas en concordancia con las operaciones básicas de la investigación realizada en el campo del análisis experimental de la conducta y de la psicología experimental general (Pérez, 1996b), fueron definidas a partir de la propuesta realizada por Catania (1992) quedando especificadas del siguiente modo (Pérez, 1996b, 2004):

- Observación de la conducta. En principio no supone ninguna intervención, si bien es cierto que la conducta, por el mero hecho de ser observada, puede alterarse. Simplemente pretende establecer cómo es el funcionamiento espontáneo de la conducta analizada en sus condiciones actuales de modo que se usa fundamentalmente en la evaluación y en el establecimiento de la línea base.
- Presentación de estímulos. Implica la exposición de algún reactivo para ver cómo responde el cliente ante él. Esta operación se referiría al uso de tests, ciertas palabras en una entrevista, determinadas tareas para resolver, etc., y su función también sería evaluadora, diagnóstica o de establecimiento de la línea base.
- Disposición de control antecedente. Es la introducción de algún estímulo o la modificación de alguna condición de la situación presente, para cambiar y/o afectar a la probabilidad de aparición de una determinada conducta. El elemento de referencia de esta operación conductual básica sería la presentación de un estímulo discriminativo pero también estarían presentes aquí los procedimientos que implican estimulación condicionada de acuerdo con el paradigma pavloviano.
- Disposición de consecuencias. Incluye el manejo de contingencias y su uso se centra en el desarrollo, aumento, mantenimiento, disminución y extinción de la conducta del cliente. Una variedad de gran prevalencia en la relación clínica es el reforzamiento (y/o castigo) por parte del psicólogo de la conducta verbal del cliente. La disposición de consecuencias es, según Pérez (2004), una de las principales habilidades que un psicólogo debería poseer.
- Establecimiento de funciones motivacionales. Se trataría de otro tipo de control antecedente (distinto al control discriminativo) que alteraría la efectividad tanto de los consecuentes como de los antecedentes de la conducta. Implicaría aquellos procedimientos y condiciones que suponen privación/saciación, restricción del refuerzo, estados de necesidad, etc., así como advertencias de situaciones aversivas y promesas de mejora que, en la medida en la que se encuentren relacionadas con las contingencias reales,

provocarán un incremento de la efectividad de los consecuentes y antecedentes involucrados en la emisión y/o mantenimiento de la conducta del cliente.

- Alteración funcional mediante reglas (Pérez, 1996b), más tarde denominada alteración de marcos relacionales (Pérez, 2004). Se refiere al cambio de reglas o marcos de referencia y alude a un tipo de intervención típicamente verbal.

En definitiva, las cuestiones sobre cuál es el estatus, la funcionalidad y las variables influyentes en la conducta verbal emitida en sesión pueden no contar aún con respuestas claras y ajenas a la controversia, pero ello no debe ser una razón para obviar la importancia que el comportamiento verbal tiene en la clínica ni, por supuesto, para renunciar al estudio científico del mismo.

2. ESTUDIOS EMPÍRICOS

CAPÍTULO IV

INTRODUCCIÓN

Tal y como señalábamos al inicio del segundo capítulo, si hay algo que parece claro una vez revisada la investigación de resultados llevada a cabo en el ámbito de la psicología clínica, es que la terapia psicológica funciona. Ahora bien, *¿por qué* funcionan los tratamientos psicológicos? Esta pregunta, fundamental para comprender el fenómeno clínico pero también para promover formas de intervención más eficientes, aún carece de respuesta a pesar de los esfuerzos realizados desde la investigación de procesos por contestarla. Nosotros, en un intento por resolver algunos de los problemas que presenta el estudio del proceso terapéutico, hemos creado una línea de investigación en la que se enmarca el trabajo que aquí se presenta. Con el objetivo de clarificar en qué consiste esta propuesta de análisis del fenómeno clínico, a continuación expondremos las bases que sustentan la línea de investigación general en la que se incluyen los estudios empíricos que se presentarán en los capítulos siguientes. Posteriormente, procederemos a enumerar los principios en los que se fundamentan dichos estudios para, finalmente, hacer una breve presentación de los mismos que ayude a la comprensión de nuestro trabajo.

1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN GENERAL DEL PROCESO TERAPÉUTICO.

Retomando aquello que ya se comentara en el capítulo II, probablemente los esfuerzos realizados en el área de la investigación de procesos en psicoterapia no hayan dado los frutos deseados por la confusión conceptual, la pluralidad metodológica y la diversidad de objetivos de investigación que imperan en el área y que hacen difícil la integración del conocimiento generado en el estudio del proceso

terapéutico. Nosotros, en un intento por resolver algunos de estos problemas, proponemos una línea de investigación que trata de unir tres aspectos considerados fundamentales: (1) un sólido marco teórico desde el que conceptualizar la investigación e interpretar los datos, (2) una clara definición del fenómeno a analizar y de los objetivos a alcanzar, y (3) una metodología de trabajo que permita acercarse al objeto de estudio con el rigor y la exactitud que requiere la aproximación científica. La conjunción de estos tres elementos en la forma concreta que adoptan es lo verdaderamente novedoso de la propuesta presentada ya que cada uno de ellos por separado cuenta con una amplia y sólida tradición histórica. Veámoslos con mayor detalle.

1.1. Marco teórico sólido.

Por lo que a la concepción teórica se refiere, 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). En este sentido, el paradigma conductual en psicología nos parece un ejemplo claro de dicha aproximación científica al estudio del comportamiento, de ahí que lo adoptemos como marco de referencia para nuestro trabajo dando forma a las dos líneas vertebradoras de nuestra propuesta:

- a) La conceptualización de la interacción terapeuta-cliente como un proceso de discriminación y reforzamiento a través del cual el terapeuta, con su propio comportamiento, iría moldeando gradualmente la conducta del cliente en la propia situación clínica.
- b) El estudio del lenguaje observado en la clínica desde una perspectiva analítico-funcional en la línea de lo expuesto en el capítulo anterior.

1.2. Definición clara del fenómeno a analizar y de los objetivos de investigación.

Desde el planteamiento teórico que se acaba de exponer, llegar a comprender cómo y por qué se produce el cambio en la clínica ha de pasar, necesariamente, por el estudio del proceso terapéutico *en sesión*. Sólo estudiando lo que sucede durante las sesiones terapéuticas podremos llegar a alcanzar los tres objetivos fundamentales perseguidos en la investigación de procesos (Llewelyn y Hardy, 2001) que ya señaláramos en el segundo capítulo: (a) describir cómo se produce la intervención psicológica, (b) formular y contrastar hipótesis acerca de los factores relacionados con el éxito y el fracaso en terapia, y (c) explicar por qué sucede el cambio clínico. Todo ello permitirá acercarnos a una mayor comprensión del fenómeno clínico que promueva el desarrollo de formas de intervención más eficientes.

1.3. Metodología de trabajo rigurosa y precisa.

Por supuesto, la consecución de los objetivos que se acaban de señalar requiere de un método de estudio riguroso y preciso que permita una aproximación científica al proceso terapéutico. Tomando como antecedente claro la denominada “Metodología de Reno” a la que nos referimos en el segundo capítulo, proponemos llevar a cabo un análisis de la conducta emitida en sesión a través de la combinación de una cuidadosa metodología observacional, el método apropiado de estudio para el paradigma conductual (Skinner, 1938), y el uso de una herramienta informatizada, *The Observer XT*. Las razones que llevaron a elegir este software frente a otras alternativas disponibles tienen que ver, fundamentalmente, con la precisión en los registros que el uso de una herramienta informática como ésta confiere; la posibilidad ofrecida por *The Observer* para analizar archivos de video y audio frente a otros programas de uso exclusivo en situaciones de observación en vivo (Kahng e Iwata, 1998); y por ser, probablemente y a pesar de su complejidad y coste elevado, el programa más completo en lo que al almacenamiento, manejo y análisis de datos observacionales se refiere, algo que incluso han convenido en

señalar defensores de otros softwares con funciones similares (MacLian y MacLian, 2005).

2. PRINCIPIOS QUE SUSTENTAN EL TRABAJO EMPÍRICO REALIZADO

Los aspectos que se acaban de mencionar constituyen las bases generales de nuestra línea de investigación, sin embargo, aún faltan años de trabajo antes de que podamos llegar a alcanzar todos los objetivos perseguidos que se acaban de señalar y que permitirán comprender cómo y por qué funciona la terapia psicológica. Los estudios empíricos que se van a presentar en los siguientes capítulos constituyen un primer paso hacia esta comprensión del fenómeno clínico a través del análisis de la conducta verbal del terapeuta en sesión. La lógica que subyace a este análisis se caracteriza por los siguientes principios que pasamos a enumerar a continuación.

2.1. El análisis formal de la conducta ayuda al análisis funcional de la misma.

Llevar a cabo un análisis funcional implica una descripción previa de los elementos que constituyen cada cadena comportamental analizada. Todo análisis funcional, incluido el que realizan los clínicos en terapia, es precedido por un análisis morfológico que permite el estudio descriptivo de los elementos que podrían tener una determinada función, la cual sólo es comprobada a posteriori. Esta “selección” previa a la identificación de la funcionalidad de los elementos analizados se lleva a cabo conforme al amplio número de estudios realizados acerca de los estímulos que habitualmente funcionan como reforzadores, castigos o estímulos discriminativos, por ejemplo. En este sentido, podemos mencionar, entre muchas otras, la lista de posibles refuerzos para empleados en diferentes situaciones laborales incluida en el manual de Martin y Pear (2007) y basada en el trabajo de Potter (1980). Podemos asimismo apelar a la experiencia diaria para señalar que es más probable que la expresión “¡Bien hecho!” actúe como reforzador antes que una

exclamación del tipo “¡Muy mal!”. En cualquier caso, tanto desde la perspectiva kantoriana como desde la conductista se ha mantenido la idea de que el análisis morfológico del lenguaje no sólo es compatible con su análisis funcional (Roca, 2006), sino que incluso debería ser incorporado como uno más de los elementos de estudio del comportamiento lingüístico (Varela, 2008). Por todo ello, en estos momentos nos centraremos en el análisis topográfico de la conducta verbal de los terapeutas cuando interactúan con sus clientes dejando para un estudio posterior la comprobación de si las funciones esperadas ocurren realmente o no.

2.2. El estudio del comportamiento del psicólogo es un paso previo al análisis de la interacción terapeuta-cliente.

Aunque nuestro principal objetivo es estudiar la interacción que se da en sesión entre terapeuta y cliente, decidimos adoptar una estrategia *paso a paso* cuyo primer escalón sea la descripción de las posibles funciones que puede presentar la conducta verbal de los terapeutas. La razón de comenzar estudiando al psicólogo y no al cliente es clara: los tratamientos conductuales, aquellos que constituirán nuestro objeto de estudio, son directivos siendo el terapeuta el que dirige la terapia para alcanzar los objetivos establecidos en cada sesión. Desde este punto de vista, parece tener sentido la idea de que comenzar a analizar el papel del “director de la orquesta terapéutica” puede proporcionarnos una mejor comprensión de cómo ésta funciona. En cualquier caso, el estudio de la interacción verbal entre terapeutas y clientes no estará completo hasta que no se incluya la conducta verbal del cliente en el análisis de modo que sea posible estudiar los procesos de influencia mutua que caracterizan cualquier tipo de interacción humana.

2.3. Comenzar realizando un análisis funcional del proceso terapéutico en terapia de conducta facilitará el estudio de otras orientaciones clínicas.

Si bien pretendemos llegar a comprender cómo y por qué funciona cualquier tipo de proceso terapéutico independientemente de la orientación clínica desde la

que se lleve a cabo, para este trabajo decidimos centrarnos en el análisis de casos tratados desde un enfoque conductual por dos razones principalmente: (a) tal y como señalamos en el primer capítulo, la terapia de conducta o cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia y efectividad en el tratamiento de una amplia variedad de problemas psicológicos de modo que este éxito merece una explicación que vaya más allá del análisis de los resultados derivados de su aplicación, y (b) la modificación de conducta clínica se sustenta en una serie de mecanismos de aprendizaje con una sólida base experimental y sigue una metodología sistemática, lo cual garantiza cierta consistencia en el desarrollo de la intervención clínica que podría facilitar el estudio del proceso terapéutico así como la extrapolación de esta estrategia de investigación al análisis de otros enfoques psicoterapéuticos.

2.4. El diagnóstico clínico es irrelevante para la realización del análisis funcional de la interacción terapeuta-cliente.

No consideramos relevante para nuestra investigación la problemática presentada por la persona que solicita tratamiento psicológico ya que entendemos que las relaciones funcionales entre la conducta del terapeuta y la de su cliente emergen en cualquier relación terapéutica independientemente del diagnóstico clínico (etiquetado) que pueda realizarse.

3. RESUMEN DE LOS ESTUDIOS EMPÍRICOS QUE SE VAN A PRESENTAR.

Teniendo en cuenta los aspectos que se acaban de comentar, se llevaron a cabo tres estudios empíricos¹² cuyas características, resultados y conclusiones se van a presentar en los próximos capítulos. El primero de estos estudios (capítulo V) se centró en el desarrollo de una estrategia de codificación que permitiera registrar con

¹² En todos los casos se cumplieron los requisitos exigidos por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid.

suficiente precisión la conducta verbal emitida por los terapeutas en sesión. Para ello, se elaboró y depuró un sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta atendiendo a la posible funcionalidad que diversas morfologías del comportamiento verbal de los clínicos podrían presentar. El grado de acuerdo entre e intraobservadores durante la aplicación de dicho sistema fue evaluado con el objetivo de garantizar un adecuado nivel de precisión en la codificación de la conducta verbal de los terapeutas observados. Una vez obtenido un buen nivel de precisión, se decidió utilizar el sistema de categorización elaborado en el análisis de un caso (capítulo VI). Este estudio de caso único, aunque a un nivel meramente descriptivo, permitió aproximarnos al análisis de las posibles funciones que la conducta verbal de un terapeuta puede presentar en cada uno de los momentos que conforman un proceso terapéutico concreto dándonos indicadores de la validez del sistema de categorización desarrollado y permitiéndonos formular hipótesis acerca de la actuación de los psicólogos en la clínica. Estas y otras hipótesis fueron contrastadas en un tercer y último estudio empírico (capítulo VII) que implicó la observación y registro de diversas sesiones procedentes de distintos casos. La conducta verbal del terapeuta, hasta entonces estudiada como una única variable categórica, pasó a definirse en términos de varias variables cuantitativas lo que permitió la realización de análisis multivariantes y contrastes de hipótesis sobre medias que arrojaron interesantes resultados sobre el modo de proceder de los psicólogos en sesión a lo largo del proceso terapéutico y en relación con su grado de experiencia clínica.

CAPÍTULO V

ESTUDIO EMPÍRICO 1: Desarrollo de un sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta y análisis del grado de acuerdo entre e intra observadores

1. INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta la propuesta presentada en el capítulo anterior, el primer paso para desarrollar la línea de investigación ideada requiere establecer un método de estudio riguroso y preciso que permita una aproximación científica al proceso terapéutico. Con este objetivo, durante algunos años hemos centrado nuestros esfuerzos en el desarrollo de una estrategia metodológica que trate de superar algunas de las dificultades encontradas en el análisis de la conducta verbal en sesión a través de la combinación de una cuidadosa metodología observacional y el uso de una herramienta informatizada, *The Observer XT*, que facilite la exactitud y precisión en el registro de los datos. El presente capítulo pretende describir el proceso de desarrollo de esta estrategia haciendo especial hincapié en los dos problemas fundamentales con los que nos encontramos al tratar de llevar a cabo nuestro estudio: cómo categorizar el fenómeno a analizar, y cómo evaluar la concordancia de los observadores en dicha categorización, algo primordial para garantizar una adecuada precisión de nuestros registros.

Por lo que a la primera cuestión se refiere, múltiples trabajos previos en el ámbito del análisis del proceso terapéutico han utilizado categorías nominales en estudios observacionales (Hill y Lambert, 2004). Sin embargo, la mayoría de los sistemas de codificación de la conducta verbal de los terapeutas propuestos se basan en los contenidos y/o la forma de las verbalizaciones y no en el posible valor funcional de las mismas, algo que resulta fundamental desde nuestra propuesta de

investigación. Si bien es cierto que algunos trabajos atienden a este posible aspecto funcional, la realidad es que, o bien presentan importantes problemas prácticos y metodológicos, como sería el caso de los estudios desarrollados en los años 80 por el grupo de Willard Day en la Universidad de Reno (Hayes, Blackledge y Barnes-Holmes, 2001), o bien centran sus esfuerzos en la creación de un sistema de codificación válido exclusivamente para un tipo concreto de terapia (por ejemplo, Callaghan, Summers, y Weidman, 2003). Precisamente estas limitaciones junto a la lógica de nuestra investigación hicieron que optáramos por la elaboración de un nuevo *sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta* (SISC-CVT, a partir de ahora) en lugar de utilizar alguno de los códigos de observación ya existentes.

Independientemente de la decisión mencionada, un problema añadido a nuestro trabajo e inherente a cualquier estudio observacional, fue el referido a cómo evaluar el grado de acuerdo entre los registros realizados por al menos dos jueces independientes y/o por un mismo observador en dos momentos distintos. El porcentaje de acuerdos entre observadores se ha utilizado a menudo como indicador de este grado de concordancia entre registros observacionales, a pesar de que dicho índice no tiene en cuenta aquellos acuerdos que puedan deberse al azar. McNemar (1962), por su parte, propuso un coeficiente de contingencia (C) basado en el estadístico chi-cuadrado que, aunque interesante, no permite obtener una medida de la concordancia entre observadores sino del grado de asociación entre dos modos distintos de registrar. Parece, por tanto, que el coeficiente de acuerdo para escalas nominales que resulta más apropiado a pesar de las limitaciones señaladas por algunos autores (por ejemplo, Ato, Benavente y López, 2006), es la kappa de Cohen (1960), no sólo porque introduce una corrección de los acuerdos debidos al azar, sino porque además dicho coeficiente sigue una distribución normal que puede facilitar su interpretación. Sin embargo, el cálculo de este índice plantea dos importantes cuestiones: 1) resulta poco obvio cómo construir la matriz de confusión que recoja cada uno de los acuerdos y desacuerdos encontrados al comparar dos registros observacionales, especialmente si dichos registros son continuos (Jansen, Wiertz, Meyer y Noldus, 2003), y 2) no parece que pueda establecerse a priori qué

valores de kappa indican grados aceptables de acuerdo entre observadores puesto que el valor de dicho coeficiente depende de diversos factores a analizar en cada caso (Bakeman, Quera, McArthur y Robinson, 1997).

Por lo que a la primera de las dificultades señaladas se refiere, algunas aplicaciones informáticas utilizan algoritmos que permiten crear matrices de concordancia a partir de las cuales es posible calcular el índice kappa (véase, por ejemplo, Bakeman y Quera, 1996; Grieco, Loijens, Zimmerman y Spink, 2007). En nuestro trabajo se decidió utilizar el software *The Observer XT 7.0* para la construcción de las matrices de confusión resultantes de la comparación de cada par de registros analizado así como para el cálculo estadístico de los coeficientes de acuerdo. El procedimiento empleado por dicho programa informático para la realización de estos análisis (véase, para su comprensión, Grieco et al., 2007) puede presentar ciertas deficiencias (por ejemplo, cierta arbitrariedad en el modo de señalar los acuerdos y desacuerdos en las últimas fases de construcción de la matriz de confusión), sin embargo, ante la ausencia de una alternativa que superase esos problemas sin presentar otros igualmente importantes, se optó por su utilización haciendo prevalecer las ventajas prácticas que indudablemente supone poder realizar las comparaciones de los registros con el mismo programa con el que se realizaron.

En cuanto a la segunda de las dificultades mencionadas, tal y como señalan Bakeman et al. (1997) no parece demasiado apropiado afirmar, a priori, si un valor de kappa es alto, moderado o bajo puesto que éste depende, fundamentalmente, de tres factores: a) el número de categorías que constituyen el sistema de codificación, algo perfectamente identificable en cada estudio particular; b) la variabilidad de la probabilidad de ocurrencia de las categorías, lo que en la práctica se puede estimar a partir del cálculo de la proporción de ocurrencia de cada categoría sobre el total de eventos registrados; y c) el grado de precisión de los observadores, un valor teórico desconocido que sólo podríamos obtener si fuera posible comparar el registro de cada juez falible con el de un observador “perfecto”. En cualquier caso, precisamente porque para cada investigación concreta podemos conocer los valores reales del coeficiente kappa, el número de categorías estudiadas, así como la

proporción con la que se da cada una de ellas, es posible despejar la única incógnita de la ecuación, esto es, el nivel de precisión de los observadores al utilizar nuestro sistema.

A continuación, pasamos a detallar el trabajo que se llevó a cabo para la creación del SISC-CVT así como las implicaciones derivadas del análisis realizado sobre el grado de concordancia entre registros tras la aplicación de dicho sistema de codificación.

2. MÉTODO

2.1. Participantes

Para el desarrollo del presente estudio se utilizaron las grabaciones de 51 sesiones clínicas de aproximadamente una hora de duración procedentes de 11 casos distintos tratados por 5 terapeutas conductuales en el *Instituto Terapéutico de Madrid*. En todos los casos la intervención psicológica llevada a cabo fue individual y con población adulta. Las grabaciones fueron realizadas con el consentimiento informado de terapeutas, clientes y la directora del centro colaborador garantizándose en todo momento la confidencialidad y privacidad de los datos¹³. La selección de los vídeos a observar se realizó en algunas ocasiones de un modo aleatorio y en otros casos atendiendo a diversos criterios (por ejemplo, el contenido de la sesión, las características del terapeuta y/o la conducta de éste), de acuerdo con el objetivo perseguido en cada momento de la investigación. La tabla V.1 recoge las características de las grabaciones analizadas.

2.2. Unidad de categorización

Se decidió registrar toda conducta verbal manifiesta emitida por el psicólogo en su despacho durante el desarrollo de cada sesión clínica, es decir, en interacción con su cliente. El comportamiento no verbal del terapeuta no fue objeto de análisis, si bien se tuvo en cuenta en aquellas ocasiones en las que considerarlo ayudaba a

¹³ Uno de los modelos de consentimiento informado utilizados en los diversos estudios presentados en los capítulos V, VI y VII aparece recogido en el Apéndice A presentado al final de este documento.

clarificar la categorización de la conducta verbal del clínico (por ejemplo, en aquellos casos en los que el terapeuta se mostraba irónico y atender a sus gestos, entonación y/o expresión facial nos permitía deducir que estaba mostrando desacuerdo y no aprobación respecto a la conducta previamente emitida por el cliente).

Tabla V.1. Características de las grabaciones analizadas.

Características del caso			Características del terapeuta			Características del cliente	
Caso	Sesiones grabadas	Sesiones observadas	Terapeuta	Sexo	Experiencia	Sexo	Edad
1	2	2	1	M	13 años	M	30
2	5	5	1	M	13 años	H	53
3	6	6	1	M	13 años	M	29
4	13	11	1	M	14 años	M	29
5	12	12	2	M	6 años	H	34
6	6	6	3	H	3 años	H	50
7	17	3	1	M	15 años	M	30
8	11	1	4	M	< 1 año	M	24
9	8	1	5	M	1 año	H	26
10	48	1	1	M	15 años	M	34
11	10	3	1	M	15 años	M	32

H = Hombre; M = Mujer.

2.3. Materiales e instrumentos

Los casos observados fueron grabados 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 del terapeuta y a espaldas del cliente, era grabada por un vídeo VHS y posteriormente transformada a MPEG-2, uno de los formatos requeridos por el software utilizado para la observación sistemática de las sesiones: *The Observer XT*. Dicho programa, comercializado por *Noldus Information Technology*®, fue utilizado en sus versiones 6.0 para la observación y registro de las sesiones, y 7.0 para el análisis del grado de acuerdo inter e intra observadores.

2.4. Procedimiento

El proceso de creación y depuración del SISC-CVT siguió las siguientes fases.

A. Elección del aspecto de la interacción terapeuta-cliente a analizar y decisión del procedimiento de observación y registro.

En una etapa inicial, tres observadores independientes con una sólida formación en terapia de conducta y psicología del aprendizaje observaron de manera exploratoria las grabaciones de cuatro sesiones clínicas de los casos 1 y 2. Las opciones barajadas en este primer momento fueron diversas e implicaron la realización de registros narrativos, el análisis de transcripciones, la observación de aspectos no verbales además de los verbales, así como la propuesta de categorías en distintos niveles de análisis (basadas en el contenido clínico de la sesión, en los posibles valores funcionales que determinados comportamientos podrían poseer, o en la mera topografía de la conducta observada).

Tras la valoración de los pros y contras (teóricos pero también prácticos) de cada alternativa manejada, se decidió comenzar a trabajar en la observación directa de las grabaciones de las sesiones clínicas para analizar la conducta verbal de los terapeutas durante la interacción con sus clientes, tratando de categorizar dicho comportamiento de acuerdo con las posibles funciones que determinadas morfologías pudieran presentar.

B. Observación no sistemática: una primera propuesta de categorización.

Con este planteamiento de base, se empezó a desarrollar un sistema de categorías preliminar a partir de las ya mencionadas *operaciones conductuales básicas* (véase lo señalado al respecto en el capítulo III). En concreto, se definieron seis categorías que parecían recoger las distintas funcionalidades que la conducta verbal del terapeuta podría desempeñar en la clínica: función discriminativa, evocadora, de refuerzo, de castigo, instruccional y motivacional.

Tras esto, se procedió a la observación no sistemática de las sesiones grabadas de los casos 1, 2, 3 y 4, y al registro informal de la ocurrencia de

aquellos comportamientos verbales de los terapeutas que podrían incluirse en alguna de las seis categorías previamente formuladas. A medida que los tres jueces iban realizando los registros, éstos se comparaban para identificar y discutir los desacuerdos existentes con el objetivo de especificar y depurar los criterios de categorización. Este proceso condujo a la consideración de una séptima categoría (función informativa) constituyéndose así la primera versión del SISC-CVT. Los criterios de categorización incluidos en esta versión inicial desarrollada a partir de la observación de la actuación clínica de un único terapeuta (terapeuta 1), fueron aplicados a dos nuevos casos (casos 5 y 6) de dos terapeutas distintos pudiendo comprobarse su utilidad para la codificación de la conducta verbal de otros psicólogos.

C. Observación sistemática del comportamiento: depuración y propuesta definitiva del sistema de codificación.

Tras este periodo de observación exploratoria, se inició el registro sistemático de la conducta verbal de los terapeutas con la ayuda del programa informático *The Observer XT* versión 6.0. El tipo de registro llevado a cabo a partir de este momento se corresponde con lo que Quera (1991) ha denominado “registro activado por transición” o RAT, en la línea señalada por Bakeman y Gottman (1989), y Martin y Bateson (1986), es decir, un registro continuo donde las unidades de conducta se corresponden con las unidades de registro sin que haya una unidad de codificación establecida a priori, sino que ésta quedaría determinada por la transición de unas categorías a otras a medida que la conducta observada fuera cumpliendo con los criterios establecidos en la definición de cada categoría del sistema.

En esta etapa del proceso de construcción del SISC-CVT participaron tres observadores de las mismas características que los jueces de la fase anterior, los cuales llevaron a cabo la observación y registro independiente de nuevas grabaciones (casos 7, 8 y 9) en las que se incluyeron sesiones de terapeutas aún en formación apreciándose que el sistema de codificación propuesto también permitía categorizar la conducta de terapeutas inexpertos. La forma de proceder

en estos momentos fue siempre la misma: tras la observación de cada sesión por parte de los tres jueces se comparaban los registros y se discutían los desacuerdos encontrados hasta llegar a establecer criterios consensuados que facilitaran la categorización de la conducta verbal de los terapeutas estudiados. Durante esta fase de la investigación se decidió incorporar una última categoría (*Otras*), y 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 parte final del proceso de depuración del SISC-CVT fue realizada a partir de la comparación y discusión de los desacuerdos observados en los registros de dos de los tres observadores mencionados (observadores 1 y 2 a partir de ahora), los cuales se encargaron de la observación y el registro de las sesiones de los casos 10, 11 y algunas sesiones de los casos 4 y 7. Así mismo, se contó con la colaboración puntual de un tercer observador que había participado en la primera fase de desarrollo del SISC-CVT para valorar la introducción de nuevos criterios de categorización. Además de esta colaboración, se dispuso de la ayuda de dos jueces inexpertos con el fin de explorar la facilidad con la que el SISC-CVT podía ser aplicado por observadores no entrenados en su uso.

D. Análisis del grado de acuerdo intra e interjueces.

El proceso de análisis de la concordancia entre e intrajueces en la aplicación del SISC-CVT definitivo se llevó a cabo en dos fases. En la primera de ellas se contó con la participación de los observadores 1 y 2, los cuales habían estado involucrados en todas las etapas de desarrollo de dicho sistema de categorización, y un observador no entrenado ni en la aplicación del SISC-CVT, ni en el manejo de *The Observer XT* (a partir de ahora, observador 3). El observador 1 fue el encargado de supervisar el proceso de entrenamiento del observador 3 que implicó el visionado y registro de 5 fragmentos de sesión de los casos 4, 7 y 11. Tras este periodo de entrenamiento, se seleccionaron de

forma aleatoria 3 segmentos de grabación del caso 4 de 15 minutos de duración cada uno. Dichos fragmentos fueron analizados de forma independiente por los tres jueces mencionados. Además, el observador 1 volvió a realizar el registro de los fragmentos señalados 10 días después de la primera observación. En la segunda fase del proceso de análisis de la concordancia entre observaciones participaron exclusivamente los observadores 1 y 3, los cuales llevaron a cabo un análisis del grado de acuerdo inter y, en algunos casos, intraobservadores de 4 nuevas sesiones seleccionadas de entre varios casos de diversos terapeutas.

3. RESULTADOS

3.1. Sistema de categorías definitivo

Por cuestiones de sencillez y claridad en la exposición del presente capítulo, el *Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT)* resultante del proceso detallado en el apartado anterior aparece recogido en su totalidad en el Anexo B. En cualquier caso, no queremos dejar de presentar aquí una breve descripción de las categorías que conformaron el SISC-CVT en su última versión (véase tabla V.2) con el fin de facilitar al lector la comprensión de nuestro estudio.

3.2. Análisis del grado de acuerdo inter e intra observadores

Los porcentajes de acuerdo (PA) y los índices kappa (k) resultantes de la comparación de los registros realizados por los observadores 1, 2 y 3, así como de aquellos llevados a cabo por el observador 1 en dos momentos distintos (A y B, con una distancia temporal de 10 días), se recogen en la tabla V.3. Dichos indicadores de concordancia inter e intra observadores fueron calculados con el programa informático *The Observer XT 7.0* considerando una ventana de tolerancia de 1 segundo.

Tabla V.2. Categorías incluidas en el Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT)

<i>Categoría</i>	<i>Descripción breve</i>
<i>Función discriminativa</i>	Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del cliente (verbal o no) que va seguida de reforzamiento o castigo. (<i>Categoría evento</i>)
<i>Función evocadora</i>	Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o no. (<i>Categoría evento</i>)
<i>Función de refuerzo</i>	Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación, de la conducta emitida por el cliente. (<i>Categoría evento</i>)
<i>Función de castigo</i>	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. (<i>Categoría evento</i>).
<i>Función informativa</i>	Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta. (<i>Categoría estado</i>)
<i>Función instruccional</i>	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. (<i>Categoría estado</i>)
<i>Función motivacional</i>	Verbalizaciones 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. (<i>Categoría estado</i>)
<i>Otras</i>	Cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores. (<i>Categoría evento</i>)

Tabla V.3. Grado de acuerdo inter e intraobservadores para 3 jueces independientes^a.

	<i>Observador 1 (B)</i>			<i>Observador 2</i>			<i>Observador 3</i>		
	PA	k	p	PA	k	p	PA	K	P
<i>Observador 1 (A)</i>	89	.84	.000	81	.74	.000	77	.68	.000
<i>Observador 1 (B)</i>				79	.71	.000	78	.69	.000
<i>Observador 2</i>							80	.72	.000

^aLos registros comparados correspondían a la observación de tres fragmentos de sesión extraídos del caso 4 tratado por la terapeuta 1.

Como puede apreciarse, los valores del coeficiente kappa de Cohen obtenidos para cada par de registros comparado en este primer análisis oscilan entre 0,68 y 0,84, asociándose todos ellos a un nivel de significación estadística inferior a 0,01, lo que nos permite rechazar la hipótesis de que los acuerdos encontrados entre las observaciones analizadas se debieran al azar. Los mayores niveles de acuerdo se hallaron entre los registros del observador 1 para el que se estudió el grado de concordancia intrajuez. Los niveles más bajos de acuerdo, en cambio, se observaron en las comparaciones entre los registros del observador 1 y el observador 3. El porcentaje de acuerdo entre observaciones, por su parte, fue siempre superior al 77% llegando a alcanzar un valor del 89% cuando se compararon los registros de un mismo observador.

La tabla V.4, por su parte, presenta los porcentajes de acuerdo (PA) y los índices kappa (k) obtenidos en la comparación de los registros realizados por los observadores 1 y 3 tras el análisis de nuevas grabaciones correspondientes a distintos casos y terapeutas. También en esta ocasión los indicadores de concordancia inter e intra observadores fueron calculados considerando una ventana de tolerancia de 1 segundo.

Tabla V.4. Grado de acuerdo inter e intraobservadores para 2 jueces independientes.

	<i>Caso</i>	<i>Terapeuta</i>	<i>Tipo de acuerdo</i>	<i>PA</i>	<i>K</i>	<i>P</i>
<i>Análisis 1</i>	6	4	Entre observadores	66	0,54	0,00
<i>Análisis 2</i>	6	4	Entre observadores	67	0,58	0,00
<i>Análisis 3^a</i>	5	3	Entre observadores	70	0,61	0,00
			Intraobservador ^c	79	0,72	0,00
<i>Análisis 4^b</i>	11	1	Entre observadores	75	0,68	0,00
			Intraobservador ^c	82	0,76	0,00

^a Los registros comparados para el cálculo del grado de acuerdo intraobservador se llevaron a cabo con 21 días de diferencia.

^b Los registros comparados para el cálculo del grado de acuerdo intraobservador se llevaron a cabo con aproximadamente 8 meses de diferencia.

^c Los registros comparados fueron los realizados por el observador 1.

En este caso, los valores del coeficiente kappa obtenidos para cada par de registros comparado se situaron entre 0,54 y 0,76, asociándose también todos ellos a un nivel de significación estadística inferior a 0,01 que permite rechazar la hipótesis de concordancia debida al azar. Los mayores niveles de acuerdo volvieron a situarse en los análisis intrajuez, mientras que el grado más bajo de concordancia se situó en los análisis entre observadores cuando las sesiones observadas no pertenecían a la terapeuta 1. En cuanto al porcentaje de acuerdo entre observaciones, éste osciló entre el 66% y el 82% siguiendo el mismo patrón que se acaba de comentar para los valores del índice kappa encontrados.

Por último, la tabla V.5 muestra la media de proporciones con las que los observadores 1, 2 y 3 señalaron la ocurrencia de cada una de las categorías del SISC-CVT en los registros comparados en los análisis a los que se refieren las tablas V.3 y V.4. presentadas anteriormente.

Tabla V.5. *Proporción de ocurrencia de cada categoría.*

	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
<i>Función discriminativa</i>	0,579	0,025
<i>Función evocadora</i>	0,001	0,002
<i>Función de refuerzo</i>	0,158	0,011
<i>Función de castigo</i>	0,009	0,009
<i>Función informativa</i>	0,165	0,018
<i>Función motivacional</i>	0,031	0,009
<i>Función instruccional</i>	0,032	0,004
<i>Otras</i>	0,027	0,006

Como puede apreciarse, la variabilidad de la proporción de ocurrencia de las categorías registradas es muy elevada, contrastando la alta frecuencia con la que se señala la ocurrencia de la *Función discriminativa* frente a categorías que apenas aparecen (*Función evocadora* y *Función de castigo*), categorías que se dan en una proporción moderada (*Función de refuerzo* y *Función informativa*), y categorías que se registran con baja frecuencia (*Función motivacional*, *Función instruccional* y *Otras*).

4. DISCUSIÓN

Los resultados que se acaban de presentar permiten afirmar que el sistema de categorización elaborado para la codificación de la conducta verbal de los terapeutas puede constituir un instrumento suficientemente objetivo, claro y completo como para facilitar una buena concordancia entre y, sobre todo, intraobservadores cuando se aplica al estudio de la conducta verbal de, al menos, algunos terapeutas. Así, de acuerdo con el trabajo de Bakeman et al. (1997), los coeficientes kappa obtenidos en el primer análisis comparativo llevado a cabo entre los registros de los observadores 1, 2 y 3 se corresponderían, para un estudio como el aquí presentado con un sistema de categorización formado por 8 categorías y un elevado grado de variabilidad de la proporción de ocurrencia de las mismas, con niveles teóricos de precisión de los observadores de entre un 87% y un 93%, aproximadamente. Estos elevados niveles de precisión estimada sólo parecen mantenerse, sin embargo, cuando el análisis del grado de acuerdo intra e interobservadores se realiza sobre la comparación de registros correspondientes a la observación de la conducta del terapeuta 1, precisamente aquel al que pertenecen la inmensa mayoría de las sesiones observadas durante el proceso de desarrollo y depuración del sistema de categorización aplicado. ¿Significa esto que el SISC-CVT es un sistema de categorización del comportamiento verbal de los terapeutas que sólo permite categorizar con “precisión” la conducta de un psicólogo en particular? En principio, esta hipótesis parece ser apoyada tanto por los valores más bajos del índice kappa encontrados al comparar los registros de los observadores 1 y 3 tras observar sesiones de los terapeutas 3 y 4, como por la asociación de dichos coeficientes con inferiores niveles teóricos de precisión de los observadores según el citado trabajo de Bakeman et al (1997). Ahora bien, la constatación de que el grado de acuerdo se mantiene dentro de unos baremos aceptables cuando se analiza la concordancia entre registros de un mismo observador independientemente del clínico observado, parecería ir en contra de esta suposición. En cualquier caso, estos resultados sugieren múltiples interrogantes que sólo podrán ser eliminados con la realización de nuevos análisis. Así, por ejemplo, cabría preguntarse si los niveles de

concordancia serían los mismos al analizar una muestra mayor de sesiones de distintos terapeutas; si los buenos resultados al comparar los registros de un mismo observador se mantendrían al analizar los registros de otro juez que no fuera el observador 1; o si los índices de acuerdo permanecerían igualmente bajos al introducir en nuestros análisis los registros del observador 2, ya que los indicadores de concordancia interjueces más pobres al realizar las comparaciones iniciales se obtenían, precisamente, al comparar los registros de los jueces 1 y 3 a pesar de que este último hubiera sido entrenado por el primero.

Al margen de estas disquisiciones, la comprobación de que existe una alta variabilidad en la proporción con la que se distribuyen las categorías que conforman nuestro sistema de codificación nos hace ser cautelosos ya que los coeficientes kappa en casos como estos pueden ser artificialmente bajos al asumir el índice de Cohen una distribución equiprobable de los datos entre todas las categorías del sistema aplicado (Hill y Lambert, 2004). Este hecho podría estar poniéndose de manifiesto en nuestra investigación al poder identificar buenos porcentajes de acuerdo (PA) junto a valores de kappa en principio modestos. En cualquier caso, algunas de las más conocidas guías para interpretar los valores absolutos de kappa considerarían la mayoría de los índices de acuerdo obtenidos en nuestro estudio como “buenos” y próximos a “excelentes”. Así, por ejemplo, Landis y Koch (1977), Fleiss (1981) y, posteriormente, Bakeman (2000) comparten la clasificación del coeficiente kappa en “pobre” (por debajo de 0,40), “razonable” (entre 0,40 y 0,60), “bueno” (entre 0,60 y 0,75), y “excelente” (por encima de 0,75).

Parece, por tanto, tal y como se señalaba al inicio de este apartado, que los índices de acuerdo entre observadores alcanzados en nuestro estudio pueden considerarse buenos, al menos en lo que a la concordancia intrajueces se refiere y al acuerdo entre observadores en el registro de casos tratados por la terapeuta 1. En este sentido, parece imprescindible continuar trabajando en la depuración del SISC-CVT, especialmente mediante el establecimiento de criterios de categorización que faciliten la codificación de la conducta verbal de una mayor variedad de clínicos. Así mismo, la inclusión del observador 3 y la comparación de sus registros con los de los observadores 1 y 2, nos ha permitido comprobar que se pueden alcanzar altos

grados de precisión en la aplicación del código de observación estudiado incluso cuando un juez no ha participado en el proceso de desarrollo y depuración del sistema.

Ahora bien, hay una cuestión fundamental que precisa ser respondida en nuestro análisis de las garantías científicas del instrumento de categorización diseñado: ¿goza nuestro sistema de codificación de una validez que justifique su uso en el estudio de lo que sucede en la clínica cuando el terapeuta interactúa verbalmente con su cliente?. Esta cuestión acerca de si el SISC-CVT categoriza realmente aquello que pretende codificar puede responderse parcialmente atendiendo a las definiciones detalladas de cada categoría que lo conforman así como a la inclusión de ejemplos y contraejemplos de intervenciones verbales reales de terapeutas que permiten comprender a qué se refiere cada una de las categorías del sistema. Por su parte, la realización de estudios basados en la aplicación del SISC-CVT en el análisis del proceso terapéutico no sólo constituirá una primera aproximación a la investigación del fenómeno clínico desde nuestra propuesta de investigación, sino que permitirá, además, evaluar la coherencia teórica de las conclusiones derivadas del uso de este sistema en el estudio del comportamiento verbal de los terapeutas cuando interactúan con sus clientes, algo que, sin duda, ayudará a estimar la validez del SISC-CVT. Ambas pretensiones serán las que guíen el estudio de caso que se presenta a continuación.

CAPÍTULO VI

ESTUDIO EMPÍRICO 2: Estudio de un caso

1. INTRODUCCIÓN

Al margen de si realmente puede considerarse el enfoque de la formulación de caso como la mejor manera de investigar en psicoterapia (Persons, 1991), compartimos con Pérez (1996b) la idea de que este tipo de análisis constituye una metodología fundamental en la investigación clínica, no sólo porque el inicio de los grandes enfoques psicoterapéuticos pueda encontrarse en el estudio de casos, algunos de los cuales llegaron a hacerse sumamente famosos (recordemos el conocido “caso de Ana O.” o el del “pequeño Albert”, por poner algunos ejemplos), sino, y sobre todo, porque el análisis de caso único ha llegado a convertirse en una herramienta metodológica de gran interés para la investigación tanto de procesos como de resultados ya que respeta el carácter ideográfico inherente a la práctica clínica que a menudo se pierde con la “estandarización” de la mayoría de las investigaciones.

La relevancia de esta “individualización” del análisis es especialmente importante en el enfoque conductual, y lo es por partida doble. En primer lugar, porque el tipo de variabilidad que interesa estudiar en la evaluación y tratamiento conductual es la intrasujeto (Fernández-Ballesteros, 1994). Así, desde la modificación de conducta se ha enfatizado, probablemente más que desde cualquier otro enfoque clínico, la necesidad de una evaluación específica de la persona individual que solicita ayuda psicológica y del entorno con el que interactúa de cara a elaborar un análisis funcional particular de cada caso concreto del que derivar un plan de tratamiento personalizado (Martin y Pear, 2007), independientemente de que, en la práctica, el modelo médico imperante haya impuesto el uso masivo de categorías diagnósticas y tratamientos estandarizados (González y Pérez, 2007).

En segundo lugar, y al margen de si estamos analizando formas de intervención más o menos individualizadas, la concepción analítico-funcional del fenómeno clínico encaja a la perfección con la lógica del estudio de caso. Nuestra investigación, adscrita a dicho marco teórico tal y como se ha venido señalando en páginas anteriores, puede beneficiarse enormemente de esta metodología de análisis. En este sentido, si nuestro fin último es llegar a realizar un análisis funcional de la interacción terapeuta-cliente que permita identificar los procesos de aprendizaje que se dan en la clínica y que subyacen al cambio terapéutico, el estudio de lo que sucede momento a momento en sesión para cada caso concreto se hace imprescindible. Evidentemente, aún faltan importantes elementos por incorporar a la “ecuación clínica” (el análisis del comportamiento no verbal y, sobre todo, de la conducta del cliente), pero el análisis de la conducta verbal del terapeuta en un caso específico que se presenta en este capítulo creemos que será un buen modo de aproximarnos a la aplicación del sistema de categorías elaborado, de realizar una primera “radiografía” del proceso terapéutico y de plantearnos hipótesis que guíen nuestro posterior estudio de lo que sucede en la clínica.

2. MÉTODO

2.1. Participantes

El trabajo que se presenta a continuación implicó la observación, registro y análisis de las grabaciones correspondientes a las 10 sesiones clínicas en las que se desarrolló el caso de una mujer de 32 años que solicitó ayuda psicológica ante las dificultades que experimentaba en su relación de pareja. La intervención clínica se llevó a cabo en el *Instituto Terapéutico de Madrid* (ITEMA) desde un enfoque conductual y en el marco de la práctica privada. La terapeuta, una mujer de 44 años de edad, contaba con 15 años de experiencia en el ejercicio de la terapia de conducta en el momento del tratamiento. La intervención se realizó exclusivamente con la cliente si bien se contó con la colaboración de su pareja durante la evaluación del problema mediante una entrevista que tuvo lugar en la cuarta sesión. La

recogida de información relevante para la comprensión del problema se llevó a cabo durante las tres primeras sesiones dedicándose parte de la cuarta sesión a la explicación del análisis funcional y el plan de tratamiento. Las sesiones 5, 6, 7, 8, 9 y 10 se dedicaron a la ejecución del programa de intervención diseñado poniéndose fin a la terapia en aquel momento en el que los objetivos terapéuticos se habían cumplido plenamente. La frecuencia de las sesiones fue semanal hasta la sexta sesión, momento en el que las citas comenzaron a hacerse quincenales. Finalmente, el periodo intersesión se amplió a un mes entre las sesiones 9 y 10. Las grabaciones de las sesiones clínicas se realizaron con el consentimiento informado de la cliente, la terapeuta y la directora del centro colaborador garantizándose en todo momento la confidencialidad y privacidad de los datos.

2.2. Variables e instrumentos

La variable de estudio fue la *conducta verbal de la terapeuta* especificada en ocho categorías correspondientes a aquellas definidas y operativizadas en el *Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta (SISC-CVT)*¹⁴ cuyo desarrollo y análisis del grado de acuerdo inter e intra observadores durante su aplicación ha sido expuesto en el capítulo anterior. Como ya se mencionara entonces, la conducta verbal de la terapeuta podía ser registrada atendiendo a su ocurrencia (*categorías evento*) o a su duración (*categorías estado*):

- Función discriminativa: (*Categoría evento*) Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del cliente (verbal o no) que va seguida de reforzamiento o castigo.
- Función de refuerzo: (*Categoría evento*) Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación, de la conducta emitida por el cliente.
- Función de castigo: (*Categoría evento*) Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por

¹⁴ Los criterios de categorización al completo que conforman el SISC-CVT pueden consultarse en el Anexo B. En este capítulo, sin embargo, sólo se presentará la definición general de cada una de las categorías incluidas en dicho sistema de codificación por razones de espacio y claridad en la exposición.

el cliente y/o que interrumpe ésta aunque sin presentar ningún matiz que indique aprobación, acuerdo o aceptación.

- Función evocadora: (*Categoría evento*) Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o no.
- Función informativa: (*Categoría estado*) Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta.
- Función motivacional: (*Categoría estado*) Verbalizaciones 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.
- Función instruccional: (*Categoría estado*) 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.
- Otras: (*Categoría evento*) Cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores.

Por lo que a los materiales e 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 de la 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*.

2.3. Procedimiento

El consentimiento informado del centro colaborador, la terapeuta y la cliente¹⁵ para realizar las grabaciones del caso estudiado se obtuvo antes del inicio de la primera sesión. Desde ese momento, todas las sesiones que tuvieron lugar durante la intervención psicológica fueron grabadas en su totalidad utilizando el circuito cerrado de cámara y vídeo instalado en el centro colaborador. Las grabaciones ya en formato MPEG-2 fueron analizadas por una observadora entrenada en el uso y aplicación del SISC-CVT con la ayuda del programa informático *The Observer XT 6.0*. La revisión periódica del grado de acuerdo inter e intraobservadores se llevó a cabo siguiendo el procedimiento que se expondrá en detalle en el siguiente capítulo y que mostró niveles adecuados de concordancia entre los registros comparados. Las representaciones gráficas de los registros correspondientes a cada sesión clínica se obtuvieron así mismo con la ayuda del software *The Observer XT 6.0*. La división de cada gráfica en distintos tipos de actividades clínicas desarrolladas en sesión como la evaluación, el debate de ideas desadaptativas o la propuesta de tareas, por poner algunos ejemplos, fue realizada por la observadora a partir de los cambios en los contenidos clínicos identificados durante el visionado de las grabaciones. Finalmente, el estudio del tipo de categorías registradas en cada sesión para cada uno de estos momentos de terapia se llevó a cabo mediante el análisis visual de las figuras que se presentan a continuación.

3. RESULTADOS

3.1. Sesión 1

La figura VI.1 muestra cómo se distribuyen las categorías registradas durante la observación de la primera sesión del caso analizado tanto temporalmente, como atendiendo al contenido de la sesión desde un punto de visto clínico. En este sentido, las principales actividades llevadas a cabo en esta primera cita fueron (a)

¹⁵ Uno de los modelos de consentimiento tal y como fue utilizado en los diversos estudios realizados puede consultarse en el Anexo A que aparece al final del documento.

recogida de información o evaluación propiamente dicha (repetición del esquema *Función discriminativa + Función discriminativa + ... + Función de refuerzo*), (b) explicación del modelo de trabajo del terapeuta y ajuste de expectativas del cliente (predominio de la *Función informativa* y presentación de algunas verbalizaciones categorizadas como *Función motivacional*), y (c) propuesta de tareas que el cliente deberá realizar fuera de sesión (aparición de la *Función instruccional* junto a una amplia presencia de verbalizaciones registradas como *Función informativa*).

3.2. Sesión 2

Por su parte, la figura VI.2 muestra la representación gráfica del registro correspondiente a la segunda sesión dedicada, fundamentalmente, a la recogida de información sobre el periodo intersesión, las tareas propuestas en la sesión anterior y el problema por el que consulta la cliente. Estos momentos de evaluación se caracterizan por la repetición de la secuencia *Función discriminativa + Función discriminativa + ... + Función de refuerzo*, junto a la aparición de breves verbalizaciones categorizadas como *Función informativa* en aquellos fragmentos de sesión en los que la terapeuta trata de aclarar alguna cuestión planteada por la cliente y/o explicar parte del comportamiento mostrado por ésta fuera de terapia. Además de estas verbalizaciones esporádicas, la terapeuta dedica algunos tiempos más extensos a presentar algunas hipótesis sobre las causas de los problemas de pareja referidos por la cliente, así como a señalar posibles estrategias de cambio, observándose en estos momentos una notable presencia de la *Función informativa*. El registro de la categoría *Función instruccional* se concentra en el periodo de sesión dedicado a la propuesta de tareas a realizar fuera de la clínica, mientras que la categoría *Función motivacional* se presenta puntualmente en este momento y durante la explicación de las posibles estrategias de solución del problema. Es destacable la identificación de una verbalización categorizada como *Función evocadora* mientras la terapeuta explica algunos de los factores responsables de las dificultades existentes en la relación de pareja de la cliente. Los momentos de inicio y fin de la sesión, por su parte, se caracterizaron por tratar temáticas poco relevantes desde el punto de vista terapéutico (por ejemplo, el destino elegido por la cliente

para pasar las vacaciones de Semana Santa o el buen tiempo que hacía ese día), y el registro de múltiples secuencias del tipo *Función discriminativa* + *Función discriminativa* + ... + *Función de refuerzo* junto a una elevada tasa de verbalizaciones codificadas dentro de la categoría *Otras*.

3.3 Sesión 3

La tercera sesión, considerada aún de evaluación tal y como señaló explícitamente la terapeuta durante el desarrollo de la misma, presentó dos peculiaridades desde un punto de vista clínico. Por un lado, la pareja de la cliente no pudo acudir a consulta, a pesar de que su entrevista había sido programada para que tuviera lugar en esa sesión, retrasándose la finalización del proceso de recogida de información sobre el problema hasta la cuarta sesión. Por otra parte, la cliente llegó a consulta notablemente afectada emocionalmente hablando debido a un problema familiar surgido durante esa semana y gran parte de la sesión se dedicó a debatir algunas ideas desadaptativas verbalizadas por la cliente en relación con dicho problema.

La figura VI.3 ofrece una representación visual del registro de esta tercera sesión de acuerdo con los principales contenidos de la misma. Así, encontramos fragmentos dedicados, fundamentalmente, a la evaluación del periodo intersesión donde se repite la secuencia *Función discriminativa* + *Función discriminativa* + ... + *Función de Refuerzo* identificada en las sesiones anteriores. Por su parte, los tiempos de sesión dedicados al debate de verbalizaciones disfuncionales se caracterizan por la aparición de sucesivas verbalizaciones de la terapeuta categorizadas como *Función discriminativa* (cuestionamiento socrático), entre las que se presentan diversas emisiones codificadas como *Función informativa* (visiones alternativas a las de la cliente) y/o *Función de refuerzo* (aprobación de verbalizaciones de la cliente próximas a dichas visiones alternativas planteadas por la terapeuta). Estas secuencias, en ocasiones, van precedidas de una muestra clara de desaprobación (*Función de castigo*) junto a una explicación del motivo de dicho rechazo (*Función informativa*) tras la emisión, por parte de la cliente, de una verbalización desadaptativa. El proceso de debate mencionado puede aparecer

“salpicado” de conductas codificadas como *Otras* (fundamentalmente, verbalizaciones interrumpidas por la cliente durante la disputa) y finalizado con la emisión de pautas que señalan cómo actuar fuera de sesión (*Función instruccional*). En esta tercera sesión, además, la cliente plantea dudas concretas sobre cómo abordar un tema conflictivo en su relación de pareja, cuestión que la terapeuta maneja señalando algunas indicaciones sobre cómo actuar fuera del contexto clínico (*Función motivacional*, principalmente), y debatiendo algunas ideas desadaptativas. El tiempo dedicado a concretar las características de la próxima sesión así como las tareas a realizar hasta la siguiente cita, es breve y se caracteriza por la presencia de cortas verbalizaciones codificadas como *Función instruccional* y *Función informativa*, junto a diversas emisiones registradas como *Función discriminativa* y *Función de refuerzo*.

3.4. Sesión 4

La cuarta sesión es aquella en la que se finaliza el proceso de evaluación del problema por el que consulta la cliente, se explica el análisis funcional del mismo y se comienza a implementar el plan de tratamiento (así lo señala explícitamente la terapeuta a su cliente). Las actividades que se llevaron a cabo en esta sesión se podrían agrupar en tres (véase figura VI.4): (a) recogida de información o evaluación mediante la entrevista a la cliente y a su pareja (repetición de la secuencia *Función discriminativa* + *Función discriminativa* + ... + *Función de refuerzo*); (b) explicación de diversos aspectos como el modo en el que sería organizada la sesión, diversas dudas planteadas por el entrevistado o el análisis funcional elaborado por la terapeuta sobre el problema de la cliente (importante predominio de la *Función informativa*); y (c) propuesta de tareas para generar cambios fuera del contexto clínico (concentración de las verbalizaciones categorizadas como *Función instruccional* y *Función motivacional*).

3.5. Sesión 5

La figura VI.5 muestra una representación gráfica del registro resultante de la observación de la quinta sesión del caso analizado. Durante la misma encontramos (a) diversos momentos dedicados a la evaluación del periodo intersesión y, fundamentalmente, de los cambios generados por la cliente en su vida a partir de las pautas dadas por la terapeuta en la sesión anterior, intercalados con (b) momentos dedicados a la aclaración de dudas planteadas por la cliente sobre la intervención clínica, explicaciones acerca del modo de proceder e implementar nuevos cambios durante la terapia y propuestas de formas diferentes de proceder en el contexto natural de la cliente. En los fragmentos de sesión donde prevalece la actividad evaluadora, observamos la repetición de la secuencia *Función discriminativa + Función discriminativa + ... + Función de refuerzo* identificada en sesiones anteriores. Los espacios de sesión dedicados a la explicación de algunos de los aspectos mencionados se caracterizan, en cambio, por una alta presencia de verbalizaciones categorizadas como *Función informativa*. El fragmento final de la sesión en el que la terapeuta trata de corregir la actuación de la cliente y proponer una conducta nueva más adaptativa en algunas situaciones de su vida cotidiana presenta una tasa elevada de verbalizaciones categorizadas como *Función de castigo* junto a una notable presencia de verbalizaciones codificadas como *Función motivacional*. La categoría *Función instruccional*, por su parte, se da con poca frecuencia y duración durante esta quinta sesión concentrándose en aquellos momentos donde aparecen pautas concretas de actuación fuera de la clínica.

3.6. Sesión 6

El análisis de la conducta verbal de la terapeuta en la sexta sesión permitió identificar diversas partes en la misma (véase figura VI.6): (a) periodos dedicados a la recogida de información o evaluación de, sobre todo, el tiempo transcurrido desde la sesión anterior (repetición de la cadena *Función discriminativa + Función discriminativa + ... + Función de refuerzo*); (b) fragmento centrado en el debate de ideas desadaptativas (durante la parte correspondiente al cuestionamiento socrático

se aprecia una elevada presencia de la categoría *Función de castigo* seguida de breves verbalizaciones codificadas como *Función informativa* y repeticiones de la secuencia *Función discriminativa + Función discriminativa +...+ Función de refuerzo*; en la parte final del debate, por su parte, destaca la reducción de la tasa de *Función de castigo* y la aparición de verbalizaciones señalando los beneficios asociados al cambio cognitivo categorizadas como *Función motivacional*); (c) tiempo dedicado a presentar pautas de actuación de la cliente fuera del contexto clínico (aquí se concentra la mayor parte de las verbalizaciones registradas como *Función instruccional*); y (d) segmento de sesión centrado en el repaso de los objetivos terapéuticos y la explicación de las estrategias que se irán utilizando para la consecución de los mismos a lo largo de las sucesivas sesiones que conformarán el total de la terapia (notable presencia de las categorías *Función informativa* y *Función motivacional*).

3.7. Sesión 7

Atendiendo a la figura VI.7, observamos que los fragmentos de la séptima sesión dedicados a la evaluación del tiempo transcurrido desde la cita anterior se caracterizan por asociarse con fragmentos de registro donde prevalecen las categorías *Función discriminativa* y *Función de refuerzo*. En esta sesión podemos encontrar, así mismo, periodos de intervención centrados en el debate de ideas desadaptativas y/o irracionales donde parece posible identificar un patrón particular de distribución de las categorías estudiadas: el inicio del debate de cada idea comienza, en ocasiones, con el desacuerdo o rechazo explícito de una determinada verbalización de la cliente (*Función de castigo*) seguido de la explicación del motivo o la naturaleza de dicho desacuerdo (*Función informativa*); a partir de aquí, se suceden toda una serie de preguntas-respuestas y verbalizaciones alternativas a las presentadas por la cliente que tratan de cuestionar la cognición disfuncional identificada (repetición de la secuencia *Función discriminativa + Función discriminativa +...+ Función informativa*), para, finalmente, presentar algunas pautas de actuación a realizar por la cliente en su contexto natural como consecuencia de o para lograr el cambio cognitivo deseado (*Función instruccional*).

Al margen de estos debates, parecen existir tiempos dedicados exclusivamente a la presentación de pautas de actuación fuera de consulta para promover cambios en la vida de la cliente. En concreto, en esta sesión se aborda, en primer lugar, un problema de onicofagia que la terapeuta identifica en sesión y que pretende eliminar (elevada tasa de verbalizaciones categorizadas como *Función de castigo*, presencia de *Función instruccional*); para pasar, posteriormente, a trabajar sobre las dificultades en la relación de pareja por las que consulta la cliente (presencia de las categorías *Función instruccional* y *Función informativa*). Por último, la terapeuta también dedica tiempos de esta séptima sesión a explicar a la cliente diversos aspectos relacionados con el futuro de la intervención terapéutica donde prevalecen las verbalizaciones codificadas como *Función informativa*.

3.8. Sesión 8

Tal y como muestra la figura VI.8, la mayor parte de la octava sesión se dedicó a la evaluación de los cambios producidos en el periodo intersesión como consecuencia de la aplicación de las pautas de actuación propuestas, así como del grado en el que la cliente se daba cuenta de la ocurrencia de dichos cambios y los valoraba. En estos fragmentos de sesión las categorías que prevalecen en los registros son la *Función discriminativa* y la *Función de refuerzo*. Por otra parte, los tiempos dedicados a la propuesta de nuevas pautas de comportamiento a introducir en la vida cotidiana de la cliente se caracterizan por la concentración de la inmensa mayoría de las verbalizaciones categorizadas como *Función motivacional* y *Función instruccional*; mientras que en los fragmentos de sesión dedicados a la explicación del modo en el que se pretende continuar la terapia prevalece la categoría *Función informativa*. Por último, cabe llamar la atención sobre el inicio del registro observacional que refleja la conversación completamente extra-terapéutica que mantienen terapeuta y cliente acerca de los graves problemas de voz de ésta (presencia exclusiva de la categoría *Otras*).

3.9. Sesión 9

El contenido de la novena y penúltima sesión del caso estudiado puede dividirse en varias partes (véase figura VI.9): (a) segmentos dedicados a la evaluación del periodo transcurrido desde la última sesión poniendo especial atención en los cambios operados en el entorno natural de la cliente así como las dificultades encontradas al tratar de implementar el plan de tratamiento diseñado por la terapeuta (repetición de la secuencia *Función discriminativa* + *Función discriminativa* + ... + *Función de refuerzo*); en ocasiones esta evaluación se intercala con breves verbalizaciones señalando modos apropiados de actuar fuera de la clínica (*Función instruccional*) y/o valorando los cambios referidos por la cliente (*Función informativa*); (b) fragmentos de sesión centrados en el debate de algunas ideas desadaptativas identificadas por la terapeuta en sesión donde encontramos una tasa elevada de *Función de castigo* junto a la intercalación de breves verbalizaciones categorizadas como *Función informativa* y *Función instruccional* entre la cadena de conductas codificadas como *Función discriminativa* durante el cuestionamiento socrático; (c) el tiempo de sesión dedicado a la exposición de las pautas de actuación a seguir incorporando fuera del contexto clínico parece, por su parte, concentrar una gran parte de las verbalizaciones categorizadas como *Función instruccional* y, sobre todo, como *Función motivacional* en el registro; por último, (d) el final de la sesión, caracterizado por una conversación intrascendente desde el punto de vista clínico entre terapeuta y cliente, presenta nuevamente la cadena *Función discriminativa* + *Función discriminativa* + *Función discriminativa* +...+ *Función de refuerzo* identificada, principalmente, en los fragmentos dedicados a la recogida de información o evaluación.

3.10. Sesión 10

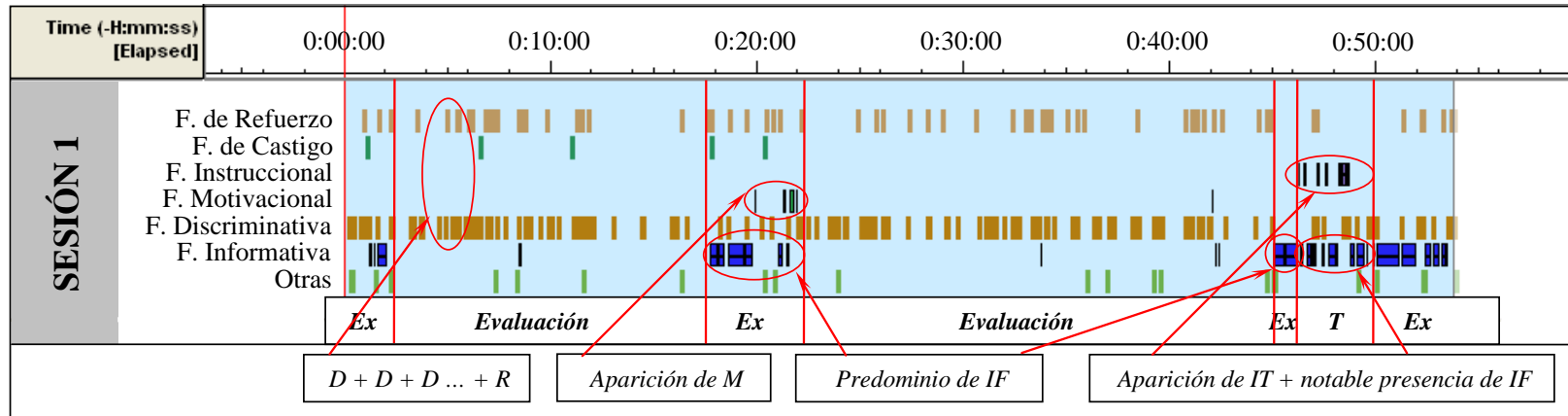
El registro observacional de la última sesión de la intervención terapéutica analizada se encuentra gráficamente representado en la figura VI.10. En esta sesión se intercalan diversos contenidos. Por un lado, parece que domina el tiempo de sesión dedicado a la evaluación, fundamentalmente de los logros conseguidos por la

cliente, junto a una conversación más intrascendente (lo que se ha venido en denominar “charla”) acerca de contenidos relacionados con los temas abordados en terapia pero sin un valor terapéutico claro (por ejemplo, dónde pasará las vacaciones la cliente junto a su pareja o una conversación trivial al inicio de la sesión). Estos fragmentos, caracterizados por la repetición de secuencias *Función discriminativa + Función discriminativa + ... + Función de refuerzo*, presentan, además, breves emisiones codificadas como *Función informativa*, *Función motivacional* y/o *Función instruccional* a medida que se repasan las estrategias de intervención utilizadas hasta ese momento para generar los cambios deseados en el contexto natural de la cliente. Una alta tasa de *Función de refuerzo* se aprecia, además, durante la evaluación de estos cambios y mejoras referidos por la cliente.

Por otra parte, también encontramos en esta última sesión fragmentos de entrevista dedicados todavía al debate de algunas ideas desadaptativas verbalizadas por la cliente en consulta. Estos segmentos de sesión concentran la mayoría de las categorías *Función de castigo* registradas así como una elevada presencia de la *Función informativa*, si bien apenas tienen peso aquí las categorías *Función instruccional* (concentrada, fundamentalmente, en el tiempo de sesión dedicado a la exposición de nuevas pautas de actuación) y *Función motivacional*.

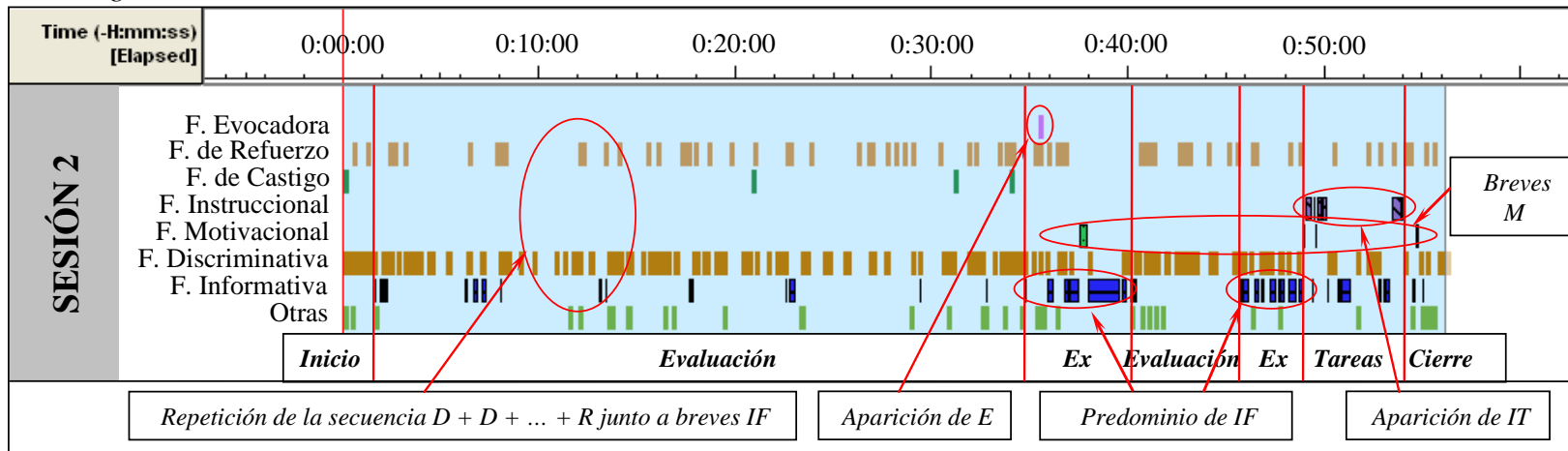
Por último, el fin de esta décima sesión se caracteriza por la presencia de múltiples verbalizaciones codificadas como *Función discriminativa* y *Función de refuerzo* junto a diversas emisiones verbales categorizadas como *Función informativa* donde la terapeuta explica a la cliente el modo en el que pueden seguir en contacto una vez concluida la intervención psicológica.

Figura VI.1. Primera sesión



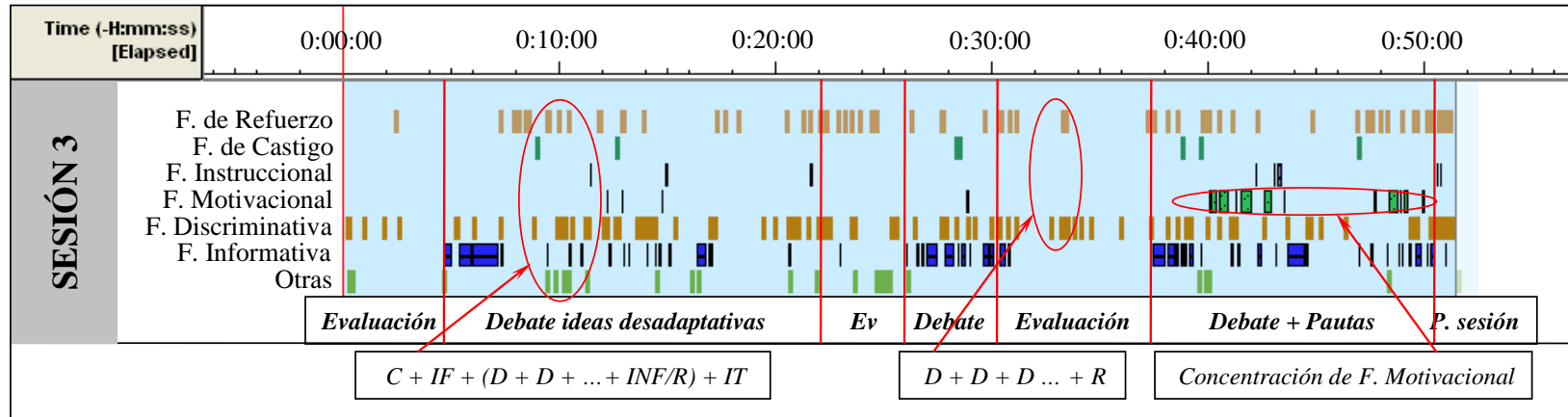
D = Función discriminativa; Ex = Explicación; F = Función; IF = Función informativa; IT = Función instruccional; M = Función motivacional; R = Función de refuerzo; T = Tareas.

Figura VI.2. Segunda sesión



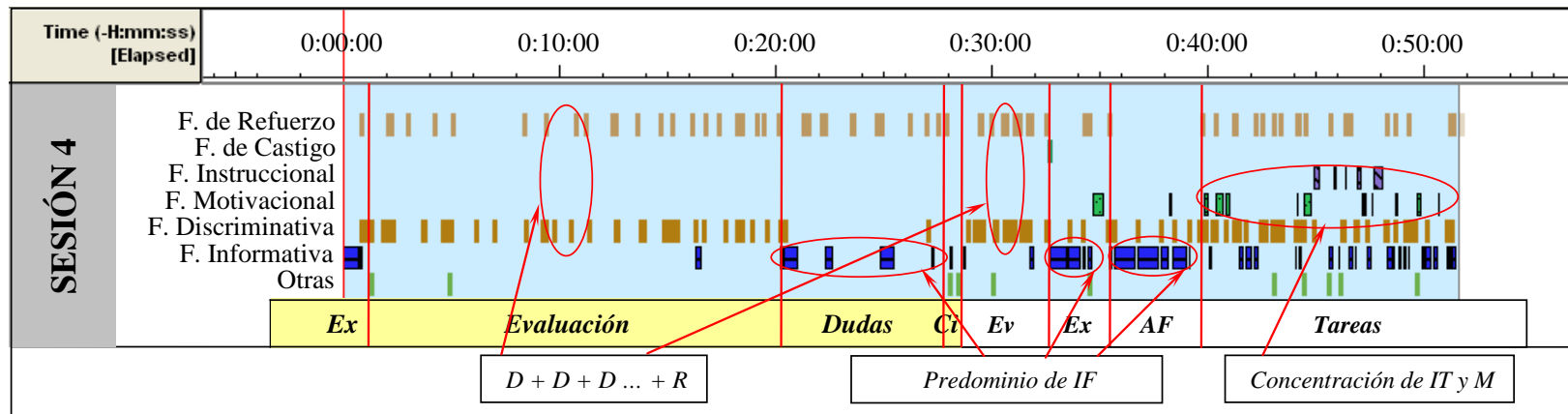
D = Función discriminativa; E = Función evocadora; Ex = Explicación; F = Función; IF = Función informativa; IT = Función instruccional; M = Función motivacional; R = Función de refuerzo.

Figura VI.3. Tercera sesión



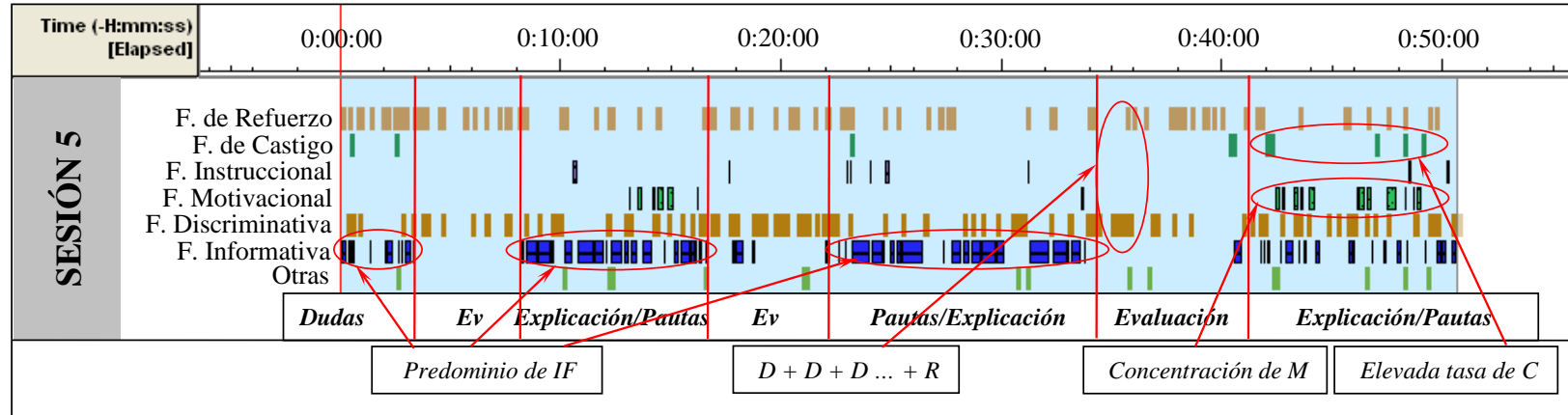
C = Función de castigo; D = Función discriminativa; Ev = Evaluación; F = Función; IF = Función informativa; P = Próxima (sesión); R = Función de refuerzo.

Figura VI.4. Cuarta sesión



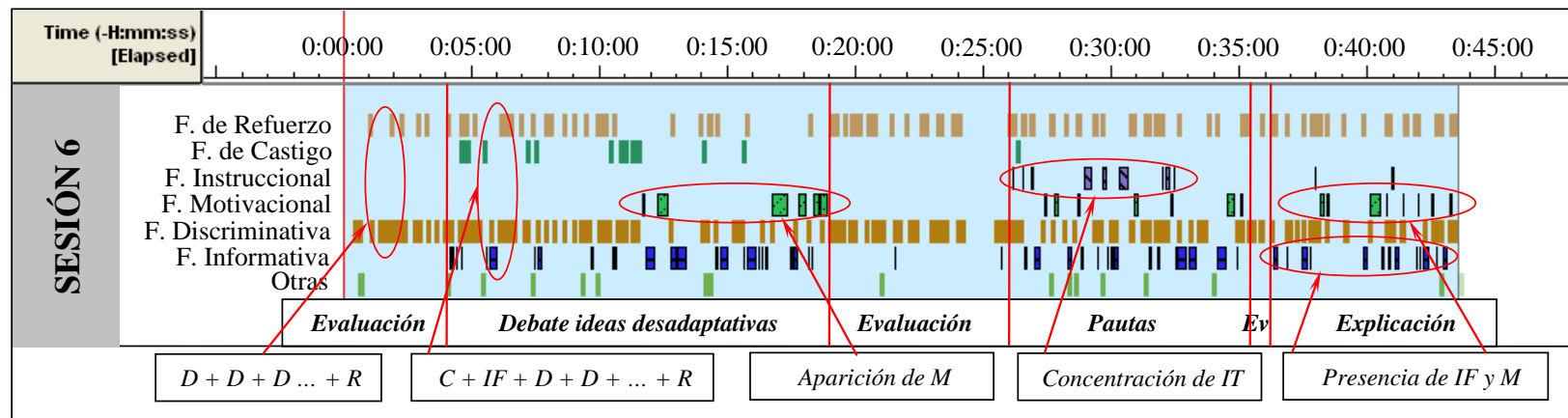
AF = Explicación del análisis funcional; Ci = cierre o despedida; D = Función discriminativa; Ex = Explicación; Ev = Evaluación; F = Función; IF = Función informativa; IT = Función instruccional; M = Función motivacional; R = Función de refuerzo. (La parte amarilla del recuadro se refiere al fragmento de sesión en la que la terapeuta entrevistó a la pareja de la cliente. La parte blanca alude al tiempo de sesión en el que se trabajó directamente con la cliente).

Figura VI.5. Quinta sesión



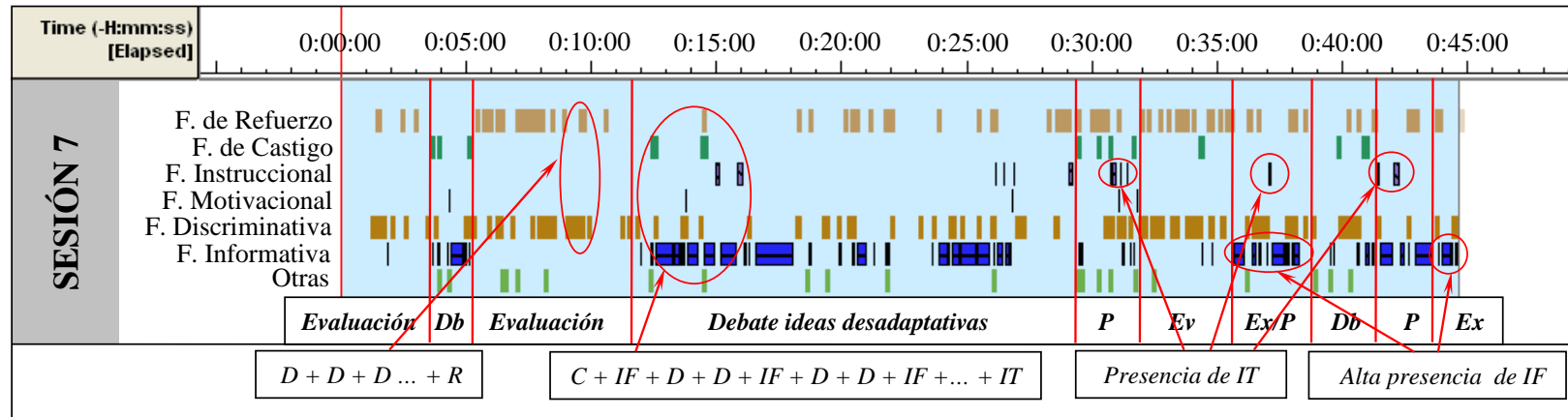
C = Función de castigo; D = Función discriminativa; Ev = Evaluación; F = Función; IF = Función informativa; M = Función motivacional; R = Función de refuerzo.

Figura VI.6. Sexta sesión



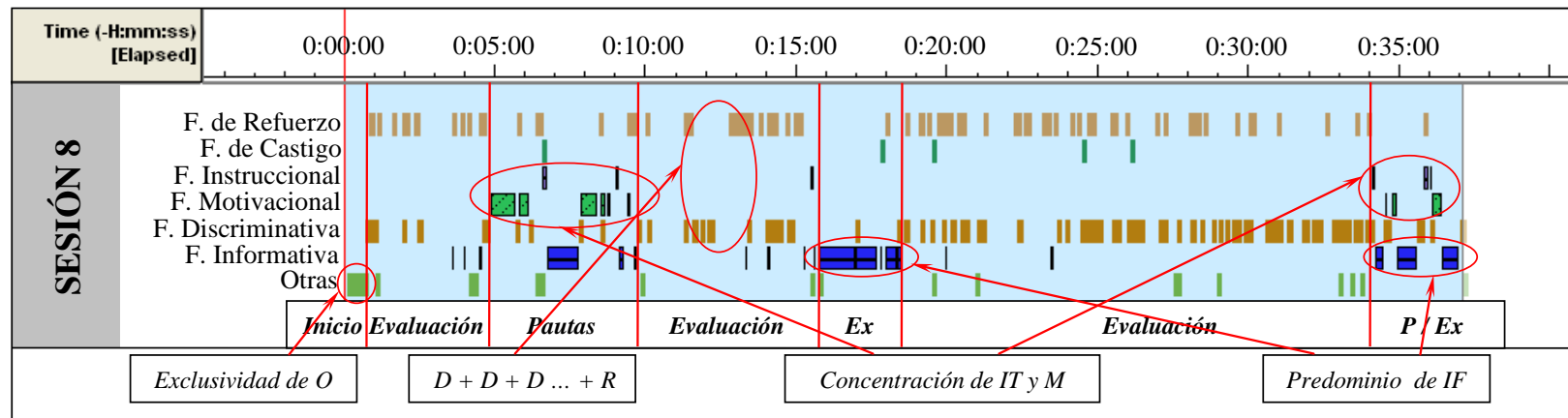
C = Función de castigo; D = Función discriminativa; Ev = Evaluación; F = Función; IF = Función informativa; IT = Función instruccional; M = Función motivacional; R = Función de refuerzo.

Figura VI.7. Séptima sesión



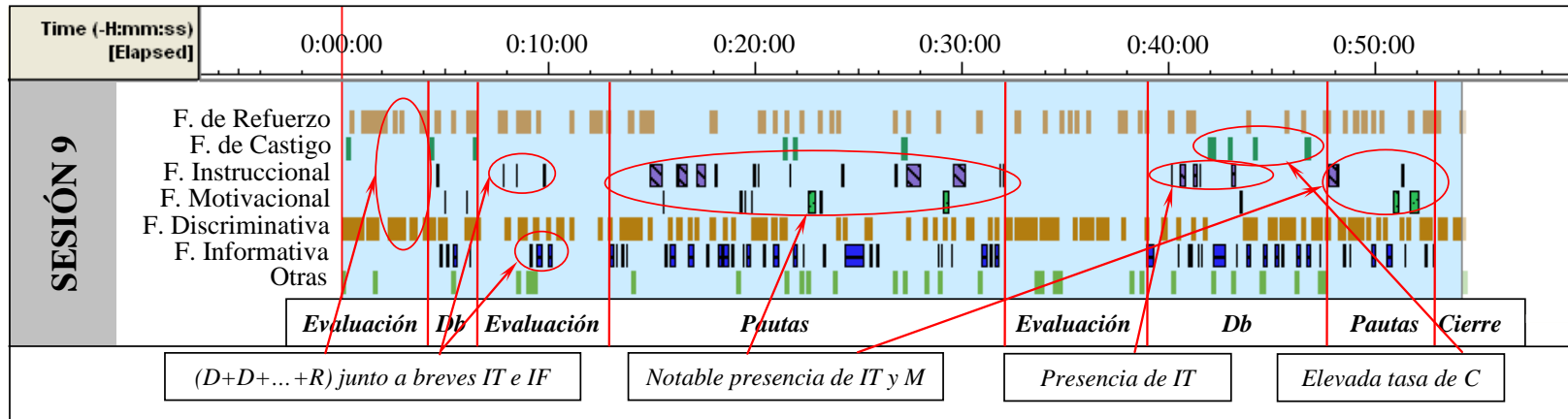
C = Función de castigo; Db = Debate de ideas desadaptativas; D = Función discriminativa; Ev = Evaluación; Ex = Explicación; F = Función; IF = Función informativa; IT = Función instruccional; P = Pautas; R = Función de refuerzo.

Figura VI.8. Octava sesión



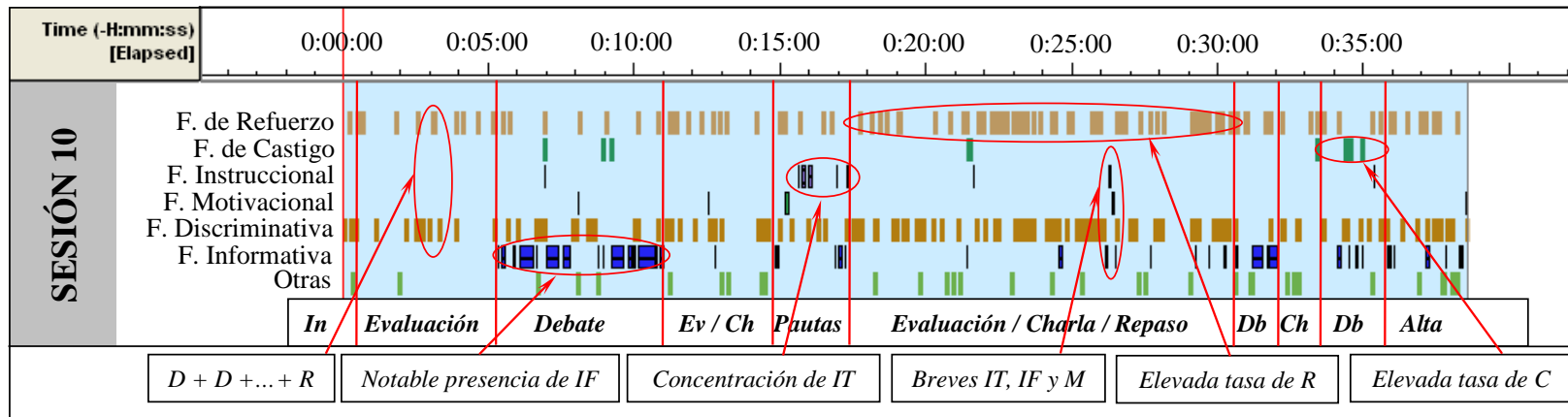
C = Función de castigo; D = Función discriminativa; Ex = Explicación; F = Función; IF = Función informativa; IT = Función instruccional; M = Función motivacional; O = Otras; P = Pautas; R = Función de refuerzo.

Figura VI.9. Novena sesión



C = Función de castigo; D = Función discriminativa; Db = Debate de ideas desadaptativas; Ex = Explicación; F = Función; IF = Función informativa; IT = Función instruccional; M = Función motivacional; R = Función de refuerzo.

Figura VI.10. Décima sesión



C = Función de castigo; Ch = Charla; D = Función discriminativa; Db = Debate de ideas desadaptativas; Ev = Evaluación; F = Función; IF = Función informativa; In = Inicio de sesión; IT = Función instruccional; M = Función motivacional; R = Función de refuerzo.

4. DISCUSIÓN

Si atendemos a la división que tradicionalmente se ha hecho de las intervenciones terapéuticas, especialmente aquellas enmarcadas dentro del enfoque conductual, en las fases de *evaluación, tratamiento y consolidación del cambio o seguimiento* (por ejemplo, Ninness, Glenn y Ellis, 1993; Turkat, 1985), podríamos decir que el caso analizado es un caso bastante “típico” de terapia de conducta. Así, nos encontramos con unas primeras sesiones de evaluación que se extienden hasta la cuarta sesión, momento en el que se produce la transición a la fase de tratamiento tras la explicación del análisis funcional realizado por la terapeuta y su propuesta de intervención. Es a partir de entonces cuando comienza la fase de tratamiento propiamente dicha con sesiones cada vez más espaciadas en el tiempo. La fase de seguimiento, por su parte, es la que queda más desdibujada en el caso analizado ya que, a pesar del distanciamiento entre sesiones, la propuesta de nuevas pautas de actuación no deja de presentarse en ninguna de ellas tratándose de provocar nuevos cambios en el contexto natural de la cliente y no simplemente consolidar los logros alcanzados hasta entonces. Es posible que la ausencia de un seguimiento claro tenga que ver con el hecho de que nos encontramos ante un caso tratado en el ámbito de la clínica privada donde el coste económico de las sesiones es importante favoreciéndose la finalización temprana de las intervenciones terapéuticas así como los seguimientos cortos y a través de vías de contacto alternativas a la sesión clínica como la comunicación telefónica o el correo electrónico.

En cualquier caso, e independientemente de la facilidad con la que sea posible diferenciar las fases mencionadas, el verdadero interés del análisis realizado radica en que permite estudiar cómo se desarrolla el proceso terapéutico sesión a sesión en un caso concreto en relación con la conducta verbal de la terapeuta y la posible funcionalidad de la misma. ¿Cómo se distribuyen las categorías estudiadas a medida que avanza la terapia? ¿Existen variaciones en dicha distribución? ¿Esas variaciones dependen de la fase de intervención en la que nos encontremos? Si atendemos a los registros observacionales obtenidos, vemos que en las primeras sesiones dirigidas, fundamentalmente, a la recogida de información sobre el problema de la cliente

predomina la repetición de la secuencia *Función discriminativa + Función discriminativa + Función discriminativa + ... + Función de refuerzo*, excepto en aquellos momentos en los que se trata de explicar el modelo de trabajo, ajustar expectativas de la cliente o proponer tareas a realizar fuera del contexto clínico, momentos éstos en los que verbalizaciones codificadas como *Función informativa*, *Función motivacional* y *Función instruccional* parecen tener un peso mayor. A medida que la terapia avanza y finaliza la fase de evaluación propiamente dicha, la prevalencia de las categorías *Función discriminativa* y *Función de refuerzo* va cediendo terreno al resto de categorías que comienzan a hacerse más presentes a excepción de la categoría *Función evocadora* identificada en tan sólo una ocasión. Los motivos que podrían explicar la ausencia 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 de la terapeuta; quizá el hecho de que la cámara sólo enfoque el rostro de la psicóloga 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* son realmente irrelevantes en comparación con el papel que desempeñan los mecanismos operantes en la interacción clínica).

A pesar de la constatación de estas variaciones en la distribución de las categorías a lo largo del proceso terapéutico, lo cierto es que durante toda la terapia, independientemente de la fase en la que nos encontremos, existen momentos de sesión dedicados a la evaluación, volviendo a observarse la repetición de la secuencia *Función discriminativa + Función discriminativa + ... + Función de refuerzo* mencionada anteriormente. Asimismo, en la fase de evaluación se pueden identificar periodos de sesión (en concreto, de la tercera) que se asemejan a fragmentos de registro “propios” de la fase de tratamiento, tanto por el contenido de la sesión como por la distribución de las categorías registradas en esos momentos, de ahí que parezca más adecuado hablar de variaciones en la distribución de las

categorías según los objetivos perseguidos por la terapeuta en cada periodo de sesión, que de cambios asociados a la fase terapéutica en la que se encuentra la intervención clínica.

Teniendo en cuenta esta consideración, los resultados hallados en este estudio nos permitirían diferenciar cuatro tipos de actividades desarrolladas a lo largo de este proceso terapéutico. La primera de ellas se refiere a la *evaluación* o recogida de información. Esta actividad, presente en todas las sesiones del caso analizado, puede variar en su contenido (recogida de información relevante para la comprensión del problema, evaluación de las dificultades y cambios derivados de la implementación del tratamiento, comprobación de que la cliente valora los logros terapéuticos alcanzados), pero apenas lo hace en el tipo de categorías registradas durante la misma (*Función discriminativa* y *Función de refuerzo*, principalmente). Aunque somos conscientes de que no podemos hablar de funcionalidad de la conducta verbal de los terapeutas desde el nivel de análisis puramente morfológico en el que aún nos encontramos, consideramos que este resultado sería teóricamente compatible con el planteamiento de aquellos autores que conciben la entrevista terapéutica como un proceso de moldeamiento 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 (véase, por ejemplo, Follette, Naugle y Callaghan, 1996; Rosenfarb, 1992; Villareal, 1990).

Además de la evaluación, podemos identificar a lo largo del proceso terapéutico tiempos de sesión cuya actividad predominante es la *explicación* de algunas cuestiones clínicamente relevantes como lo son el modelo de trabajo de la terapeuta, el análisis funcional elaborado por ésta, la propuesta de tratamiento de él derivada o la organización de la terapia, entre otras. Los registros de los fragmentos de sesión dedicados a esta actividad explicativa se caracterizan por la inclusión de verbalizaciones categorizadas como *Función informativa* y, en menor medida, *Función motivacional*.

La *propuesta de tareas y pautas de actuación a realizar fuera de sesión* constituiría un tercer tipo de actividad llevado a cabo por la terapeuta del caso analizado durante el proceso terapéutico estudiado. Estos fragmentos de sesión

concentrarían la mayor parte de las verbalizaciones codificadas como *Función instruccional* de cada registro, además de contar con una elevada presencia de emisiones verbales categorizadas como *Función informativa* y *motivacional*.

Finalmente, encontramos un cuarto tipo diferenciado de actividad clínica desarrollado en el proceso terapéutico estudiado que tiene que ver con la aplicación de técnicas de intervención psicológica *en sesión*, en este caso, el *debate de ideas desadaptativas* o reestructuración cognitiva. Dicho debate tiende a caracterizarse, especialmente en las primeras sesiones en las que aparece, por una tasa elevada de la categoría *Función de castigo* (desacuerdo, rechazo de ciertas verbalizaciones emitidas por la cliente) junto a repetidas emisiones codificadas como *Función discriminativa* (especialmente durante el cuestionamiento socrático) y breves verbalizaciones registradas como *Función informativa* (planteamiento de visiones alternativas y contraargumentos ante la idea de la cliente que se pretende modificar). El fin de esta disputa, en cambio, tiende a identificarse con la aparición de verbalizaciones categorizadas como *Función de refuerzo* (muestran acuerdo con la emisión de la cliente que señala el cambio cognitivo), *Función motivacional* (destacan los beneficios de dicho cambio cognitivo y/o de los comportamientos asociados a la cognición modificada), y/o *Función instruccional* (proponen formas concretas de actuar en el contexto natural de la cliente). Esta forma de categorizar el comportamiento verbal de la terapeuta durante el debate en sesión de ideas desadaptativas parece ser más coherente con la interpretación de la reestructuración cognitiva como un proceso de moldeamiento (Froján, Calero y Montaña, 2006, en prensa) que con la explicación clásica ofrecida por los teóricos del enfoque cognitivo.

Además de estos cuatro tipos de actividades mencionados, un quinto elemento podría ser añadido para comprender mejor el proceso terapéutico desarrollado en el caso observado: la conversación o *charla* trivial (con escaso valor clínico, si se prefiere) identificada en algunos momentos de la intervención psicológica analizada (fragmentos iniciales y/o finales de algunas sesiones y algunos periodos de la última sesión de tratamiento). Estos momentos de terapia, caracterizados por una tasa elevada de las categorías *Función discriminativa*, *Función de refuerzo* y, en

ocasiones, *Otras*, serían coherentes con la visión funcional de cualquier interacción social entendida como un proceso de encadenamiento donde la emisión de cada uno de los interlocutores sería, a la vez, estímulo discriminativo de la nueva emisión del otro interlocutor y estímulo reforzador de la verbalización anterior (Froján, Montaña y Calero, 2006).

Obviamente, pretender obtener la *radiografía* completa del proceso terapéutico implica mucho más que el análisis de la conducta verbal de un solo terapeuta para un único caso y dentro de un enfoque psicoterapéutico particular, tal y como se ha realizado en este estudio. Llegar a comprender cómo se desarrolla la interacción entre terapeutas y clientes así como las relaciones funcionales y procesos de aprendizaje que subyacen a la misma precisa del análisis no sólo de la conducta verbal (y no verbal) del clínico sino también, y al mismo tiempo, del comportamiento del cliente al que sigue y antecede. No podemos estudiar la interacción sin atender al otro miembro de la misma. No podemos determinar si lo que nosotros categorizamos como *Función de refuerzo*, por ejemplo, realmente *refuerza* a la conducta a la que sigue sin incorporar ésta a nuestro análisis. No podemos, en definitiva, extraer conclusiones determinantes y generalizables de este estudio pero sí importantes aportaciones a la línea de investigación iniciada. En este sentido, podemos decir que este trabajo confiere cierta validez a nuestro sistema de categorización de la conducta verbal del psicólogo puesto que resulta lógico y teóricamente coherente que las categorías registradas se distribuyan del modo en el que lo hacen a lo largo de las distintas sesiones que conforman el proceso terapéutico de un caso clínico real. Por otro lado, un estudio como el aquí presentado permite desmenuzar una parte importante del proceso terapéutico en modificación de conducta que, si bien deberá completarse con nuevos análisis, sin duda es un primer paso para mejorar la comprensión del fenómeno clínico. Por último, los resultados encontrados en este caso particular permiten formular hipótesis a partir de las cuales generar nuevas investigaciones que traten de contrastarlas tal y como se hace en el tercer y último estudio que presentamos a continuación.

CAPÍTULO VII

ESTUDIO EMPÍRICO 3: Análisis de la conducta verbal del psicólogo durante el proceso terapéutico en una muestra amplia de casos

1. INTRODUCCIÓN

Afirmar que el estudio de caso constituye una metodología fundamental de investigación en psicoterapia no implica, de ningún modo, rechazar la estrategia de comparación de grupos y el análisis de muestras amplias como forma de investigación en psicología clínica. Es más, compartimos con algunos autores la defensa de la compatibilidad entre lo ideográfico y lo normativo-nomotético (Fernández-Ballesteros, 1994; Jaccard y Dittus, 1990) también en lo referente al estudio del proceso terapéutico. Como señala Kazdin (2001), por mencionar a un autor fundamental en el ámbito de la metodología de investigación en psicología clínica, las hipótesis derivadas del análisis de un caso único pueden ser contrastadas mediante un estudio comparativo $N > 1$ que permita aumentar la validez externa de nuestro trabajo.

Éste es, precisamente, el motivo principal que justifica la realización del estudio que presentamos en este capítulo. Desde nuestro punto de vista, después de haber elaborado un sistema de categorización que puede ser aplicado al análisis de la conducta verbal del terapeuta con un alto grado de acuerdo inter e intraobservadores, una vez que se han encontrado indicadores de la validez de dicho sistema, y tras haber extraído conclusiones de un primer análisis de caso, el escalón que corresponde subir en este momento es el de la realización de un estudio que permita una primera contrastación de las hipótesis derivadas del mencionado análisis de caso único y proporcione una mayor comprensión del proceso

terapéutico, al menos en lo referente al tipo de conducta verbal que emiten los terapeutas cuando interactúan con sus clientes. En este sentido, si somos capaces de identificar patrones de comportamiento verbal de los terapeutas en lo que a su posible funcionalidad se refiere, si somos capaces de identificar en relación a qué cambian esos patrones durante el proceso terapéutico, estaremos más cerca de entender cómo se desarrolla dicho proceso. Esta comprensión, sin duda, deberá completarse con la incorporación del estudio de la conducta del cliente, el análisis del verdadero valor funcional de esos comportamientos verbales y la identificación de los mecanismos de aprendizaje que hipotetizamos subyacen a la interacción clínica, pero nuestro trabajo habrá sentado las bases para que estos estudios posteriores puedan llevarse a cabo. Por otra parte, un primer intento de acercamiento, aunque muy burdo aún, a la identificación de formas de proceder más eficientes en terapia lo constituye el análisis comparativo entre terapeutas expertos y novatos propuesto en este estudio. Aunque no tenemos ninguna garantía de que esta afirmación sea cierta y no realicemos una evaluación de los resultados para comprobarla, cabría esperar que un terapeuta con mayor experiencia fuera más eficiente en el ejercicio de su profesión que un clínico inexperto. Ahora bien, ¿las diferencias que puedan existir entre terapeutas con distintos grados de experiencia tienen algún tipo de relación con la posible funcionalidad del comportamiento verbal que presentan en sesión cuando interactúan con sus clientes? Responder a esta cuestión será parte de los objetivos de este tercer estudio empírico.

Las hipótesis que se quisieron contrastar con el análisis que presentamos en este capítulo fueron formuladas desde el conocimiento clínico de las investigadoras y a partir de las conclusiones extraídas del estudio de caso presentado en el capítulo anterior. La razón de que algunas de esas hipótesis se refirieran a las distintas fases consideradas y no a los diferentes tipos de “actividad” realizados en la clínica (algo, en principio, más coherente con lo señalado en la discusión del capítulo VI), tuvo que ver, precisamente, con un intento de analizar si esa conclusión de que las fases terapéuticas no son un buen indicador del tipo de distribución de las categorías registradas podía hacerse extensible a una muestra grande de casos, o si, por el contrario, se trataba de una característica aplicable exclusivamente al caso analizado

en el capítulo anterior. Respecto a las diferencias entre clínicos expertos e inexpertos, la propia condición de las investigadoras como terapeutas, así como sus respectivas experiencias formando y observando psicólogos en la clínica, les llevó a formular hipótesis acerca de las posibles discrepancias que se podrían encontrar entre terapeutas expertos e inexpertos en el tipo de comportamiento verbal emitido y la posible funcionalidad del mismo. Así, tal vez mostrar rechazo ante la conducta del cliente (*Función de castigo* en nuestro sistema de categorías) precisa de una dosis de habilidad y confianza que el terapeuta inexperto puede no poseer aún. Igualmente, dar pautas concretas sobre modos de actuación en el contexto natural del cliente (*Función instruccional* en el SISC-CVT) tal vez requiera de un grado de directividad y especificación en la propuesta de tareas más fáciles de encontrar entre los terapeutas expertos que entre los inexpertos. Por último, es muy posible que la potencial función de las verbalizaciones de los clínicos de menor experiencia sea más difícil de determinar (mayor presencia de la categoría *Otras*) que la de los psicólogos expertos quienes podrían tener más claro cuál es su “objetivo” en ese momento (reforzar, castigar, informar, motivar, instruir, discriminar o evocar) y emitirían verbalizaciones ligadas con mayor claridad a dicho objetivo.

Tomando todo esto en consideración, las hipótesis que se quisieron contrastar en este estudio fueron las siguientes:

1. La distribución de las categorías establecidas para codificar las emisiones verbales de los terapeutas en las sesiones observadas variarán a lo largo de la intervención psicológica dando lugar a un modelo de actuación verbal de los terapeutas en la interacción con sus clientes relacionado con el objetivo clínico perseguido por el psicólogo durante el proceso terapéutico e independiente del terapeuta analizado, el caso considerado, la problemática tratada y/o el grado de experiencia del clínico observado.
2. Dicho modelo vendrá definido por las siguientes características:
 - a. El predominio de la *Función discriminativa* será el elemento diferenciador del patrón de comportamiento verbal observado en aquella

fase de la terapia donde el objetivo principal del terapeuta sea obtener información para formular el análisis funcional del problema y la propuesta de tratamiento (*fase de evaluación*).

- b. Una alta prevalencia de la *Función informativa* ayudará a distinguir los momentos de terapia donde el objetivo sea explicar al cliente el análisis funcional de su problema y la propuesta de tratamiento de él derivada (*fase de explicación del análisis funcional y la propuesta de tratamiento*).
 - c. Una notable presencia de la *Función motivacional* discriminará la etapa de la intervención donde el objetivo sea comenzar a implementar el plan de tratamiento derivado el análisis funcional realizado (*fase de inicio del tratamiento*) del resto de fases terapéuticas.
 - d. Un mayor peso de la *Función instruccional* será la característica diferenciadora del patrón de comportamiento verbal de los terapeutas durante la fase centrada en desarrollar completamente la propuesta de intervención terapéutica (*fase de desarrollo del tratamiento*).
 - e. El predominio de la *Función de refuerzo* será el elemento característico del patrón de comportamiento verbal de los terapeutas identificado en aquellos momentos finales del tratamiento donde se busque poner fin a la terapia y, sobre todo, consolidar y mantener los cambios generados (*fase de finalización del tratamiento*).
3. Aún existiendo este modelo de actuación clínica compartido por los diversos terapeutas a lo largo del proceso terapéutico, se podrán apreciar diferencias significativas entre terapeutas expertos e inexpertos en cuanto a la frecuencia y duración de las categorías estudiadas. En concreto, se espera que:
- a. La categoría *Función de castigo* aparezca con menor frecuencia en los registros de las sesiones correspondientes a terapeutas con escasa experiencia clínica.
 - b. La *Función instruccional* tendrá una menor presencia en los registros correspondientes a los terapeutas inexpertos que en los realizados por los psicólogos expertos

- c. La aparición de la categoría *Otras* se dará en mayor medida en los registros de los terapeutas inexpertos que en los de aquellos con un alto grado de experiencia.

2. MÉTODO

2.1. *Participantes.*

Para la realización del presente trabajo se analizaron las grabaciones de 97 sesiones clínicas (88 horas, 54 minutos y 53 segundos de terapia observados) procedentes de 20 casos tratados por 8 terapeutas conductuales, 4 expertos y 4 inexpertos, en dos centros privados de psicoterapia. Los casos fueron desarrollados en el marco de la práctica clínica individual con población adulta excepto en un caso cuya cliente fue una joven menor de edad (16 años). El motivo de incluir en nuestro estudio la observación de sesiones de esta intervención radicó en el hecho de que la propia terapeuta considerase que el caso no poseía ninguna característica peculiar que lo diferenciase de la intervención que podría haberse llevado a cabo si la cliente hubiera contado ya con la mayoría de edad. Las grabaciones se realizaron una vez obtenido el consentimiento informado de clientes, terapeutas y directores de los centros colaboradores garantizándose en todo momento la confidencialidad y privacidad de los datos. El proceso de selección de las sesiones a observar en cada caso se llevó a cabo tal y como se señala en el apartado de *Procedimiento* que presentamos más adelante. Las características de los casos, sesiones, clientes y terapeutas elegidos para la realización del presente estudio se detallan en las tablas VII.1 y VII.2.

Tabla VII.1. Características de las grabaciones analizadas (Terapeutas expertos)

Caso	Sesiones totales	Sesiones grabadas	Sesiones observadas (nº y duración)	T	Sexo (T)	Edad (T)	Sexo (C)	Edad (C)
1	16	13	S1 (0h 57' 03'') S2 (0h 56' 22'') S4 (0h 50' 59'') S8 (1h 05' 49'') S13 (0h 49' 44'')	1	M	43	M	29
2	18	17	S1 (0h 52' 04'') S2 (0h 46' 32'') S7 (0h 55' 56'') S11 (0h 56' 15'') S18 (0h 40' 53'')	1	M	45	M	30
3	10	10	S3 (0h 52' 35'') S4 (0h 51' 40'') S6 (0h 43' 38'') S8 (0h 37' 11'') S9 (0h 54' 16'')	1	M	45	M	32
4	9	8	S2 (0h 46' 21'') S3 (0h 27' 59'') S4 (0h 37' 36'') S7 (0h 18' 12'') S8 (0h 33' 34'')	1	M	44	M	36
5	9	8	S3 (0h 51' 52'') S4 (0h 58' 54'') S5 (0h 54' 18'') S7 (0h 51' 50'') S8 (0h 55' 46'')	2	M	33	M	19
6	8	7	S3 (0h 48' 21'') S4 (1h 00' 44'') S5 (1h 13' 15'') S6 (1h 04' 48'') S7 (0h 44' 37'')	2	M	35	M	45
7	7	6	S1 (1h 14' 46'') S3 (1k 13' 29'') S4 (1h 18' 17'') S6 (1h 15' 35'') S7 (0h 26' 08'')	2	M	36	H	24
8	13	12	S2 (1h 09' 49'') S3 (1h 28' 06'') S5 (0h 49' 42'') S7 (0h 52' 32'') S12 (1h 14' 10'')	3	M	30	H	34
9	12	10	S2 (0h 56' 06'') S3 (1h 06' 11'') S5 (0h 58' 09'') S7 (1h 04' 56'') S11 (1h 18' 26'')	3	M	32	H	37
10 ^a	7	6	S2 (1h 04' 02'') S4 (0h 47' 19'') S5 (0h 54' 14'') S6 (0h 55' 22'')	3	M	32	M	16
11	8	6	S2 (0h 51' 26'') S3 (0h 48' 03'') S4 (0h 31' 32'') S6 (0h 51' 58'') S7 (0h 25' 07'')	4	H	27	H	50
12	12	10	S2 (0h 50' 03'') S4 (0h 34' 13'') S6 (0h 49' 39'') S8 (0h 45' 12'') S10 (0h 49' 04'')	4	H	30	H	36

T = Terapeuta; C = Cliente; S = Sesión; M = Mujer; H = Hombre

^a La sesión correspondiente a la fase final de tratamiento no pudo ser grabada y, por tanto, tampoco analizada.

Tabla VII.2. Características de las grabaciones analizadas (Terapeutas inexpertos)

<i>Caso</i>	<i>Sesiones totales</i>	<i>Sesiones grabadas</i>	<i>Sesiones observadas (nº y duración)</i>	<i>T</i>	<i>Sexo (T)</i>	<i>Edad (T)</i>	<i>Sexo (C)</i>	<i>Edad (C)</i>
13	15	13	S4 (1h 07' 32'') S5 (1h 09' 09'') S6 (0h 44' 54'') S11 (1h 00' 55'') S15 (0h 50' 58'')	5	M	26	M	35
14	12	10	S2 (1h 02' 54'') S3 (0h 59' 55'') S4 (1h 01' 33'') S9 (1h 04' 57'') S10 (1h 02' 40'')	6	M	26	M	31
15	21	15	S3 (0h 59' 22'') S4 (1h 00' 53'') S9 (1h 02' 23'') S14 (0h 58' 44'') S18 (0h 54' 43'')	6	M	26	M	29
16	21	19	S2 (1h 04' 45'') S3 (0h 54' 39'') S6 (1h 08' 55'') S13 (0h 58' 37'') S18 (1h 12' 17'')	7	M	27	M	31
17	15	12	S2 (0h 52' 08'') S3 (1h 00' 50'') S7 (0h 47' 43'') S11 (0h 46' 37'') S13 (0h 54' 04'')	7	M	28	M	31
18	13	11	S2 (0h 47' 25'') S5 (0h 59' 09'') S7 (1h 22' 56'') S10 (1h 12' 31'') S13 (1h 00' 27'')	7	M	26	M	24
19 ^a	7	5	S2 (0h 44' 57'') S3 (0h 42' 21'') S5 (0h 55' 28'') S6 (0h 48' 46'')	8	M	25	M	33
20 ^a	6	5	S2 (0h 48' 48'') S3 (0h 43' 56'') S4 (0h 45' 52'') S5 (0h 57' 32'')	8	M	26	H	26

T = Terapeuta; C = Cliente; S = Sesión; M = Mujer; H = Hombre

^a La sesión correspondiente a la fase final de tratamiento no pudo ser grabada y, por tanto, tampoco analizada.

2.2. Variables e instrumentos

La Tabla VII.3 recoge las variables e instrumentos considerados para la realización del presente estudio.

Tabla VII.3. Variables e instrumentos.

Variables de estudio	
1.	Variables referidas a la conducta verbal del terapeuta (variables cuantitativas)
	1.1 Función discriminativa.
	1.2 Función de refuerzo.
	1.3 Función evocadora.
	1.4 Función de castigo.
	1.5 Función informativa
	1.6 Función motivacional.
	1.7 Función instruccional.
	1.8 Otras.
2.	Experiencia del terapeuta (variable categórica):
	✓ Terapeutas expertos.
	✓ Terapeutas inexpertos
Variable de bloqueo	
1.	Fase de intervención (variable categórica):
	✓ Fase de evaluación
	✓ Fase de explicación del análisis funcional y el plan de tratamiento.
	✓ Fase de inicio del tratamiento.
	✓ Fase de desarrollo del tratamiento.
	✓ Fase de finalización del tratamiento.
Instrumentos	
1.	Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT)
2.	<i>The Observer XT</i> versiones 6.0 y 7.0.

Variables referidas a la conducta verbal del terapeuta

A partir de la aplicación del *Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta* (SISC-CVT)¹⁶ para codificar el comportamiento verbal emitido por los psicólogos observados durante la interacción con sus clientes, se crearon 8 variables cuantitativas con las que se pretendía resumir el peso que cada categoría incluida en el SISC-CVT poseía en los registros analizados. Para ello, se diferenció entre las *categorías evento* (aquellas cuya frecuencia era registrada) y las *categorías estado* (aquellas en las que interesaba anotar su duración). Para las primeras, se calculó el porcentaje de ocurrencia de cada categoría sobre el total de *categorías evento*

¹⁶ Este sistema de categorización, el mismo al que se refieren los estudios 1 y 2 expuestos en los dos capítulos anteriores, se presenta al completo en el Anexo B.

registradas (*Función discriminativa, Función de refuerzo, Función evocadora, Función de castigo y Otras*). Para las segundas, se estudió el porcentaje de tiempo ocupado por cada *categoría estado* sobre el tiempo total de sesión observado (*Función informativa, Función motivacional y Función instruccional*).

Variable “Experiencia del terapeuta”

Además de las variables referidas a la conducta verbal del terapeuta, el estudio incluyó la consideración de la variable nominal *Experiencia del terapeuta* con dos categorías:

- a) *Experto*: terapeutas con dos o más años de práctica clínica continuada, esto es, tratando al menos una media de cinco casos a la semana.
- b) *Inexperto*: terapeutas con menos de dos años de práctica clínica o con más de dos años de ejercicio profesional pero con una media de casos por semana inferior a cinco.

Variable de bloqueo: “Fase de intervención”

Con el fin de llevar a cabo un muestreo representativo de las distintas etapas por las que evoluciona el proceso terapéutico en el enfoque conductual, se decidió crear la variable *Fase de intervención* para categorizar las sesiones de cada caso clínico incluido en el análisis y guiar el proceso de selección de las grabaciones que se observaron en el estudio (véase el apartado de *Procedimiento* para conocer en detalle cómo se realizó dicho proceso de selección). Las categorías que constituyeron esta variable, y la forma en la que se definieron, fueron las siguientes:

- a) *Fase de evaluación*: sesiones previas a la explicación del análisis funcional y la propuesta de tratamiento.
- b) *Fase de explicación del análisis funcional y la propuesta de tratamiento*: sesión/es de explicación del análisis función del problema por el que consulta el cliente y el tratamiento de él derivado.
- c) *Fase de inicio del tratamiento*: primer tercio de las sesiones posteriores a la de explicación del análisis funcional.

- d) *Fase de desarrollo del tratamiento*: segundo tercio de las sesiones posteriores a la de explicación del análisis funcional.
- e) *Fase de finalización del tratamiento*: último tercio de las sesiones posteriores a la de explicación del análisis funcional.

La lógica de esta categorización se basó en la división ya mencionada en el capítulo anterior que tradicionalmente se ha hecho de las intervenciones terapéuticas en función de los objetivos perseguidos a lo largo de la terapia. Partiendo de dicha división, decidimos tener en cuenta las fases de *evaluación* y *tratamiento*, y renunciar a la consideración de una posible fase de *consolidación del cambio* o *seguimiento* atendiendo a las dificultades a las que aludíamos en la discusión del capítulo VI para identificar esta etapa de la intervención clínica en el ámbito privado. Se decidió, además, dividir la mencionada fase de *tratamiento* en tres: *inicio*, *desarrollo* y *fin*, y añadir una quinta fase situada entre las de *evaluación* e *inicio del tratamiento*, denominada *fase de explicación del análisis funcional y la propuesta de tratamiento*. La decisión de identificar este periodo de la intervención en modificación de conducta como una fase independiente se basó en dos criterios. En primer lugar, un criterio que podríamos denominar “clínico” por asentarse en la experiencia de las investigadoras en terapia de conducta y en la constatación de que en la inmensa mayoría de los casos tratados desde este enfoque puede distinguirse al menos una sesión dedicada a la explicación del análisis funcional del problema del cliente y a la propuesta de tratamiento diseñada por el terapeuta con base en dicho análisis. La segunda razón en la que se fundamentó la decisión de distinguir esta fase tiene que ver con la alusión en la literatura, de forma explícita y como algo separado de la evaluación y del tratamiento, al momento de terapia dedicado a “la entrevista de devolución de la información” (por ejemplo, Crespo y Larroy, 1998; Méndez, Orgilés y Espada, 2006) o a la presentación de una conceptualización conductual del problema del cliente y de cómo éste puede ser abordado en el tratamiento (Sarwer y Sayers, 1998). Esta sesión, que podría considerarse la última de evaluación y/o la primera de tratamiento, presenta unas características que la hacen sumamente particular: el psicólogo asume un papel protagonista llevando a cabo una sesión fundamentalmente didáctica en la que trata de que el cliente comprenda las causas de su problema y la razón de la intervención que

se va a proponer, algo que, sin duda, contrasta con el tipo de interacción observada entre clínico y cliente en el resto de sesiones donde el peso de las intervenciones de ambos es bastante más equilibrado.

Material e instrumentos

La grabación de las sesiones analizadas se realizó utilizando, en la inmensa mayoría de los casos, un circuito cerrado de cámaras y vídeo existente en uno de los centros colaboradores. En el resto de casos, las grabaciones se llevaron a cabo empleando una cámara web y un micrófono conectados al ordenador portátil de los terapeutas. En ambos tipos de grabaciones la imagen captada era siempre la del rostro del terapeuta y no la de su cliente, si bien la voz de los dos elementos de la díada era recogida en los vídeos.

Para la codificación de las verbalizaciones de los terapeutas se utilizó el *Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT)*, realizándose los registros de las sesiones con la ayuda del software *The Observer XT 6.0*. La versión 7.0 de dicho programa informático fue la empleada para el análisis del grado de acuerdo inter e intrajueces que se realizó periódicamente con la intención de garantizar la precisión de los registros. Los análisis estadísticos de los datos del estudio se llevaron a cabo con el software *SPSS 14.0*.

2.3. Procedimiento.

Los consentimientos informados de los directores de los centros colaboradores, los terapeutas y los clientes¹⁷ se obtuvieron antes del inicio de la primera sesión de cada caso o durante el desarrollo de la misma. A partir de ese momento, todas las sesiones del caso eran, en principio, grabadas, si bien algunas de ellas se perdieron debido a problemas técnicos. Las grabaciones, inicialmente capturadas en formato VHS, DVD o MPEG, eran posteriormente transformadas a formato MPEG-2 o AVI, el tipo de archivos de vídeo requerido por el programa utilizado para el registro de las sesiones: *The Observer XT 6.0*.

¹⁷ Uno de los modelos de consentimiento informado tal y como fue utilizado en los diversos estudios realizados puede consultarse en el Anexo A que aparece al final del documento.

El proceso de selección de las sesiones a observar en cada caso fue llevado a cabo por una persona (el observador 1 del estudio empírico 1 y la persona encargada de realizar los registros analizados en el estudio empírico 2) con una amplia formación teórica y práctica en terapia de conducta, quien dividía cada proceso terapéutico en cinco fases de acuerdo con el siguiente procedimiento: aquella sesión¹⁸ en la que el terapeuta daba a su cliente una explicación de las causas que mantenían su problema, presentaba el plan de intervención y establecía los objetivos terapéuticos, conformaba la fase de *explicación del análisis funcional y la propuesta de tratamiento*. Esta sesión servía para distinguir entre la fase de *evaluación*, formada por las sesiones previas a la misma, y la fase de *tratamiento*, constituida por las sesiones posteriores. Las sesiones de *tratamiento* así identificadas eran entonces divididas en tres grupos de igual tamaño por orden cronológico conformando las fases de *inicio*, *desarrollo* y *finalización del tratamiento*, lo que completaba las cinco partes en las que se dividió el proceso terapéutico. Una vez establecida esta división, se procedía a elegir completamente al azar una sesión de entre todas las grabadas en cada fase, excepto para la fase de *evaluación* en la que se prescindía de la primera sesión por ser ésta en ocasiones atípica, a menos que no existieran más sesiones capturadas antes de la explicación del análisis funcional y el plan de tratamiento. En tres casos las sesiones correspondientes a la *finalización del tratamiento* no pudieron ser grabadas de modo que sólo se analizaron sesiones de inicio y desarrollo de la propuesta terapéutica.

Una vez seleccionadas las grabaciones a observar, la codificación y registro de la conducta verbal de los terapeutas fue llevada a cabo por la misma persona encargada de la elección de la muestra quien, además, era experta en el manejo y aplicación tanto del SISC-CVT como de *The Observer XT*. Con el fin de garantizar un adecuado grado de acuerdo intra e interobservadores en el registro de las sesiones, se evaluó de forma periódica la concordancia entre los registros realizados por el observador principal en dos momentos distintos, así como el grado de acuerdo encontrado entre los registros de dicho observador y los de un segundo juez (el observador 3 del estudio 1). La frecuencia de estas evaluaciones se determinó siguiendo una pauta temporal (cada 15

¹⁸ Tan sólo en un caso se identificaron 2 sesiones dedicadas a la explicación del análisis funcional y la propuesta de tratamiento.

días) o de ritmo de trabajo (tras 7 sesiones registradas), en función de cuál de los dos criterios se cumpliera antes. Teniendo en cuenta las conclusiones derivadas del estudio empírico 1, las sesiones cuyos registros iban a ser comparados para analizar el grado de acuerdo interjueces se eligieron al azar de entre las grabaciones correspondientes al terapeuta 1, mientras que el estudio de la concordancia intraobservador se llevó a cabo con sesiones del resto de terapeutas seleccionadas también aleatoriamente. Se estableció como criterio para mantener los registros realizados que el valor de kappa se situara por encima de 0,60 ya que, tal y como se señalara en el capítulo V, es el nivel mínimo considerado por algunos autores para hablar de un coeficiente de acuerdo “bueno” (Bakeman, 2000; Fleiss; 1981; Landis y Koch, 1977), así como el valor del índice kappa asociado a un nivel aceptable de precisión teórica de los observadores al aplicar un sistema de codificación de las características del SISC-CVT (Bakeman et al, 1997). El hecho de que el estudio empírico 1 mostrara que los valores del coeficiente kappa estaban más próximos a ese nivel de 0,60 cuando se calculaba el grado de acuerdo entre observadores que cuando se analizaba la concordancia intrajuez, hizo que se decidiera que la revisión periódica de la precisión en la codificación se llevaría a cabo estudiando el grado de acuerdo intraobservador por cada dos evaluaciones de la concordancia entre observadores que se realizaran.

Para el análisis del grado de concordancia intra e interjueces se procedió al cálculo del porcentaje de acuerdo y del coeficiente kappa. Así mismo, se estimó el porcentaje de precisión teórica de los observadores asociado a cada índice kappa de Cohen según Bakeman et al. (1997). La tabla VII.4. recoge los índices de acuerdo calculados por *The Observer XT 7.0* con ventanas de tolerancia de 1 y 2 segundos, así como los porcentajes de precisión asociados a cada par de registros comparado según el mencionado trabajo de Bakeman et al. (1997). Como puede apreciarse, los porcentajes de acuerdo (PA) oscilan, para todos los análisis, entre el 72% y el 85%. Los coeficientes kappa calculados superan en todos los casos el criterio establecido para el mantenimiento de los registros ($k > 0,60$) y se muestran significativos a un nivel estadístico de 0,01, lo que lleva a rechazar la hipótesis de que los acuerdos observados se deban al azar. Por su parte, los porcentajes de precisión asociada son, en todos los análisis, superiores al 80% llegando a alcanzar niveles de hasta el 93%.

Tabla VII.4. Índices de concordancia entre e intraobservadores y grado aproximado de precisión de los jueces de acuerdo con Bakeman et al. (1997).

	<i>Tipo de acuerdo</i>	<i>Tolerancia = 1 seg.</i>				<i>Tolerancia = 2 seg.</i>			
		PA	K	<i>p</i>	Precisión (%)	PA	k	<i>p</i>	Precisión (%)
<i>Análisis 1</i>	Entre observadores	74	0,66	,00	84	75	0,68	,00	86
<i>Análisis 2</i>	Entre observadores	75	0,66	,00	84	76	0,68	,00	86
<i>Análisis 3</i>	Intraobservador	78	0,72	,00	87	78	0,72	,00	87
<i>Análisis 4</i>	Entre observadores	80	0,72	,00	87	81	0,73	,00	87
<i>Análisis 5</i>	Entre observadores	84	0,77	,00	89	85	0,79	,00	93
<i>Análisis 6</i>	Intraobservador	84	0,79	,00	93	84	0,79	,00	93
<i>Análisis 7</i>	Entre observadores	73	0,63	,00	82	74	0,66	,00	84
<i>Análisis 8</i>	Entre observadores	83	0,76	,00	89	84	0,77	,00	89
<i>Análisis 9</i>	Intraobservador	82	0,77	,00	89	83	0,78	,00	92
<i>Análisis 10</i>	Entre observadores	83	0,75	,00	88	84	0,75	,00	88
<i>Análisis 11</i>	Entre observadores	76	0,67	,00	85	76	0,67	,00	85
<i>Análisis 12</i>	Intraobservador	82	0,75	,00	88	83	0,76	,00	89
<i>Análisis 13</i>	Entre observadores	72	0,61	,00	81	72	0,62	,00	81
<i>Análisis 14</i>	Entre observadores	80	0,72	,00	87	81	0,74	,00	88

3. RESULTADOS

Un primer análisis descriptivo permitió observar el modo en el que se distribuían las variables relativas al comportamiento verbal de los terapeutas en cada valor de la variable *Fase de intervención*. Con el objetivo de analizar si tenía sentido mantener esta organización de los registros observacionales basada en la *Fase de intervención* cuando se consideraban las variables referidas a la conducta verbal de los terapeutas, se llevó a cabo un análisis de conglomerados que permitió contrastar la primera de las hipótesis de nuestro estudio. El contraste a un nivel de significación estadística de dicha hipótesis así como de las predicciones formuladas en la segunda de las hipótesis presentadas en el apartado de *Introducción*, fue llevado a cabo mediante la realización de un posterior análisis discriminante a partir del cual se identificaron las dimensiones en las que se diferenciaban los grupos creados por el análisis de conglomerados, cuáles de esas diferencias resultaban estadísticamente significativas, y la validez del modelo discriminante generado para clasificar los registros de nuestro estudio en los grupos identificados por el análisis de conglomerados. Por último, el estudio del cumplimiento de las predicciones incluidas en nuestra tercera hipótesis se realizó mediante diversos contrastes de hipótesis sobre dos medias para dos muestras independientes.

3.1. Análisis descriptivo

Los estadísticos descriptivos de las variables referidas a la categorización de la conducta verbal de los psicólogos en cada una de las fases terapéuticas consideradas aparecen recogidos en la tabla VII.5. Como puede apreciarse en ella, en todas las fases terapéuticas 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 aunque esa diferencia se reduce en la última fase de tratamiento. En cuanto a las categorías que aparecen con un porcentaje menor, las variables *Función evocadora* y *Función de castigo* son las que presentan unos valores más bajos en todas las etapas de la intervención llegando a casi el 0% en el caso de la *Función evocadora*. La *Función de castigo*, por su parte, adquiere sus

valores máximos en las fases de inicio y fin del tratamiento mostrando una presencia menor en las sesiones de evaluación. Por último, la categoría *Otras* aparece en un porcentaje moderado en todas las fases siendo éste ligeramente superior en la última etapa de la intervención clínica.

Por otro lado, y en cuanto a las variables referidas a las *categorías estado* de los registros, también encontramos un patrón similar independientemente de la fase analizada: el porcentaje medio de tiempo de sesión dedicado a la *Función informativa* es claramente superior al registrado como *Función motivacional* y/o *Función instruccional*. La presencia de la *Función informativa* es especialmente notable en las sesiones de explicación del análisis funcional y la propuesta de tratamiento donde llega a ocupar una media del 54% del tiempo de sesión. El peso de esta categoría, sin embargo, se reduce destacablemente en la fase de evaluación donde sólo aparece en un 20% de los tiempos de registro. Por su parte, los valores medios de las variables *Función motivacional* e *instruccional* se encuentran bastante equiparados en todas las fases estudiadas encontrándose los niveles más bajos de ambas en la fase de evaluación. Este equilibrio, sin embargo, parece romperse en la etapa de inicio del tratamiento donde el porcentaje medio de tiempo de sesión categorizado como *Función motivacional* prácticamente dobla al registrado dentro de la categoría *Función instruccional*.

3.2 *Análisis de conglomerados*

Independientemente de las fases a las que pertenecieran, los registros observacionales que conformaban el total de la muestra de nuestro estudio fueron organizados en cuatro grupos mediante un análisis de conglomerados jerárquico utilizando como método de conglomeración el método de Ward y como medida de similaridad la distancia euclídea al cuadrado. El primer grupo incluyó 33 registros (34%), el segundo 24 (25%), el tercero 28 (29%), y el cuarto las 12 sesiones restantes (12%) hasta completar la muestra de observaciones. Las características de cada uno de los grupos en las variables incluidas en el análisis aparecen detalladas en la tabla VII.6. El gráfico VII.1 recoge los tipos de registros incluidos en cada conglomerado según la fase terapéutica.

Tabla VII.5. Estadísticos descriptivos de las variables relativas a la conducta verbal del psicólogo en cada una de las fases terapéuticas definidas.

	<i>Evaluación</i> (n=20)		<i>Explicación</i> AF (n=20)		<i>Tratamiento(I)</i> (n=20)		<i>Tratamiento(II)</i> (n=20)		<i>Tratamiento(III)</i> (n=17)		<i>Total</i> (n=97)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
<i>Función discriminativa^a</i>	56,22	10,96	56,75	10,08	51,41	10,41	52,75	11,28	47,29	11,49	53,06	11,13
<i>Función de refuerzo^a</i>	30,4	10,45	29,25	9,46	33,04	9,12	32,77	11,43	36,57	14,37	32,28	11,05
<i>Función evocadora^a</i>	0,02	0,07	0,08	0,28	0,07	0,16	1,06	4,34	0,01	0,06	0,26	1,98
<i>Función de castigo^a</i>	1,87	1,32	2,27	1,67	3,43	3,8	2,6	2,37	3,81	3,46	2,76	2,72
<i>Función informativa^b</i>	20,38	13,35	54,54	14,51	33,1	11,13	30,27	13,41	31,11	13	33,97	17,21
<i>Función motivacional^b</i>	1,61	1,56	4,93	2,72	7,1	3,9	4,76	2,92	4,17	3,18	4,52	3,40
<i>Función instruccional^b</i>	1,64	1,68	3,04	3,11	4,74	2,44	4,3	2,95	3,66	3,25	3,47	2,89
<i>Otras^a</i>	11,49	4,46	11,65	4,17	12,06	5,59	10,81	4,03	12,32	4,15	11,65	4,46

^a Variable medida en porcentaje de ocurrencia de la categoría correspondiente sobre el total de categorías-evento registradas durante la sesión.

^b Variable medida en porcentaje de tiempo de sesión en el que se registró la aparición de la categoría-estado correspondiente.

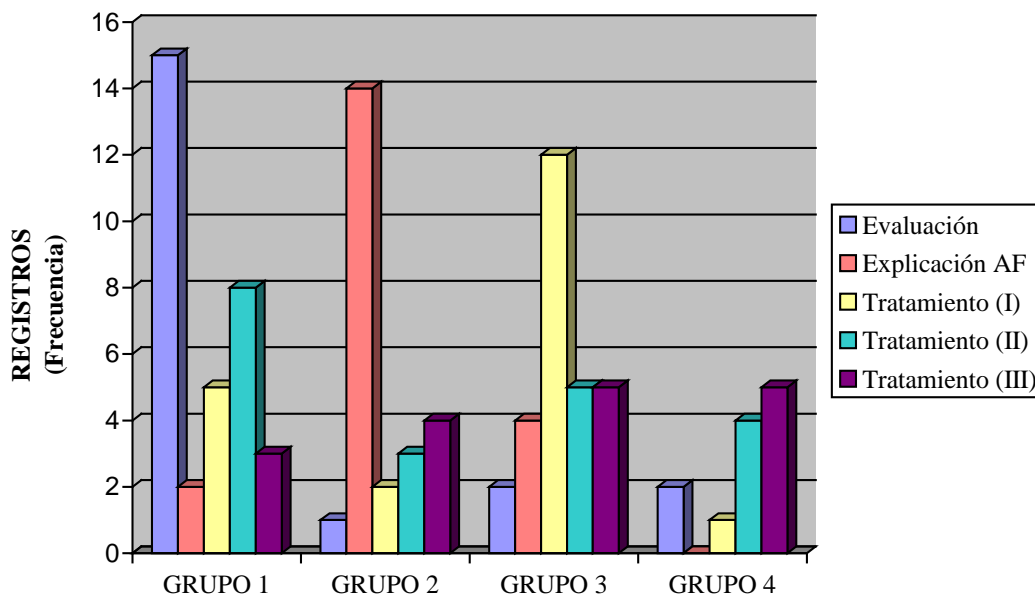
Tabla VII.6. Estadísticos descriptivos en cada grupo para cada una de las variables incluidas en el análisis de conglomerados.

Función	Grupo 1 (n=33)		Grupo 2 (n=24)		Grupo 3 (n=28)		Grupo 4 (n=12)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Discriminativa^a	59,64	9,16	57,16	10,24	47,92	6,52	38,73	7,55
Refuerzo^a	26,97	8,11	29,05	11,05	33,11	5,75	51,38	5,59
Evocadora^a	0,63	3,39	0	0	0,15	0,29	0	0
Castigo^a	2,19	1,53	2,14	1,55	4,43	4,1	1,67	1
Informativa^b	19,34	7,07	57,19	11,39	35,79	8,31	23,5	7,27
Motivacional^b	3,52	3,3	5,07	2,92	5,58	3,74	3,74	3,14
Instruccional^b	3,2	2,99	3,1	2,47	3,97	2,89	3,79	3,52
Otras^a	10,57	4,05	11,65	3,22	14,39	4,75	8,2	3,69

^a Variable medida en porcentaje de ocurrencia de la categoría correspondiente sobre el total de categorías-evento registradas durante la sesión.

^b Variable medida en porcentaje de tiempo de sesión en el que se registró la aparición de la categoría-estado correspondiente.

Gráfico VII.1. Número de registros de cada fase terapéutica incluidos en cada conglomerado.



Atendiendo a la información que se acaba de presentar, podemos decir que el **grupo 1**, que pasaremos a denominar **de evaluación** a partir de este momento, incluiría la mayor parte de las sesiones pertenecientes a la fase de evaluación y un número destacable de registros correspondientes a la fase de desarrollo del tratamiento. Atendiendo a la tabla VII.6, podemos decir que este *grupo de evaluación* parece caracterizarse, fundamentalmente, por presentar los niveles más altos de las variables *Función discriminativa* y *Función evocadora*, junto a los más

bajos de las variables *Función informativa* y *Función motivacional*. El **grupo 2**, desde ahora **de explicación**, estaría formado, principalmente, por sesiones de la fase de explicación del análisis funcional y el plan de tratamiento y sería el grupo que presenta un mayor porcentaje de tiempo de sesión categorizado como *Función informativa*. El tercero de los grupos identificados, en cambio, parece ser aquel que presenta los porcentajes más similares de *Función discriminativa* y *Función de refuerzo*, además de los más elevados niveles de las variables *Función de castigo*, *Función motivacional*, *Función instruccional* y *Otras*. La constatación de una elevada presencia de registros correspondientes a las fases de tratamiento, especialmente a la etapa inicial del mismo, nos llevó a denominar este grupo como **grupo de tratamiento**. Por último, el cuarto conglomerado, que pasamos a designar con la etiqueta de **grupo de consolidación**, presentó un predominio de aquellos registros procedentes de las dos últimas fases de tratamiento que combinaban los mayores porcentajes de eventos categorizados como *Función de refuerzo* con una baja presencia de la *Función de castigo* y la categoría *Otras*.

Parece, por tanto, que las variables referidas a la conducta verbal del terapeuta en sesión varían en el modo en el que se distribuyen a lo largo del proceso terapéutico, lo que apoyaría, al menos a un nivel puramente descriptivo, la primera de las hipótesis formuladas al inicio del presente capítulo. Si bien es cierto que esas variaciones no se ajustan con exactitud a las fases en las que se dividió cada intervención clínica antes de la realización de los registros, se aproximan bastante a dicha división. En cualquier caso, los datos parecen confirmar nuestra predicción de que los registros analizados se agruparían independientemente del caso, del cliente y/o del terapeuta considerado.

3.3 *Análisis discriminante*

Una vez identificados los grupos en los que podrían anidarse los registros observacionales realizados, se llevó a cabo un análisis discriminante que facilitara la interpretación de las diferencias existentes entre estos grupos así como la significación estadística de esta forma de agrupación establecida por el análisis de

conglomerados. Las variables independientes incluidas en el análisis discriminante fueron las mismas consideradas para el análisis de conglomerados a pesar de que el estudio de sus propiedades psicométricas mostró que los supuestos de normalidad y homocedasticidad en los que se basa la prueba discriminante no podían ser asumidos para todas ellas. En concreto, la prueba de Kolmogorov-Smirnov mostró que la hipótesis de normalidad sólo podía ser mantenida para las variables *Función discriminativa*, *Función de refuerzo* y *Otras*, mientras que el test de Levene señaló que el supuesto de homocedasticidad no podía asumirse para las variables *Función de refuerzo*, *Función de castigo* y *Función evocadora*. El estudio de las correlaciones bivariadas, sin embargo, encontró niveles de relación lineal bajos y no significativos entre todas las variables excepto entre la *Función discriminativa* y la *Función de refuerzo* algo, en principio, deseable en este tipo de análisis multivariante. En cualquier caso, la decisión de incluir todas las variables a pesar de las características psicométricas de algunas se tomó con base en la relevancia teórica que todas ellas presentaban para el estudio del comportamiento verbal del psicólogo en la clínica.

Para la construcción de las funciones discriminantes se siguió una estrategia de inclusión forzosa incorporando a la vez todas las variables independientes seleccionadas para el análisis. La variable *Otras*, sin embargo, quedó fuera del proceso de construcción del modelo por presentar un nivel de tolerancia asociado inferior al 0,001. Los autovalores de las tres funciones discriminantes obtenidas se mostraron desiguales (3,520; 0,922 y 0,306), explicando la primera función el 74,1% de la variabilidad de los datos, la segunda el 19,4% y la tercera el 6,4%. En cuanto a las correlaciones canónicas, éstas tomaron los valores de 0,882; 0,693 y 0,484, para la primera, segunda y tercera función, respectivamente, lo que indica el adecuado nivel en el que las variables discriminantes permitieron diferenciar entre los grupos. Por su parte, el cálculo de los valores *lambda* de Wilks mostró que las funciones resultaban significativas para la discriminación de los grupos tanto si se consideraba el modelo completo ($\lambda = 0,88$; $\chi^2_{(21)} = 219,783$; $p < 0,001$), las dos últimas funciones de forma conjunta ($\lambda = 0,399$; $\chi^2_{(12)} = 83,263$; $p < 0,001$), o la tercera de ellas por separado ($\lambda = 0,766$; $\chi^2_{(5)} = 24,146$; $p < 0,001$).

Las correlaciones entre las variables independientes consideradas en el análisis y las funciones discriminantes estandarizadas (matriz de estructura) aparecen recogidas en la tabla VII.7.

Tabla VII.7. Matriz de estructura.

	<i>D</i>	<i>R</i>	<i>E</i>	<i>C</i>	<i>IF</i>	<i>M</i>	<i>IT</i>	<i>O</i> ^a
<i>Función 1</i>	-0,07	0,13	0,05	-0,04	-0,92*	-0,11	0,01	-0,13
<i>Función 2</i>	-0,85*	0,95*	-0,11*	0,03	0,20	0,07	0,09	-0,08
<i>Función 3</i>	0,43	0,19	0,003	-0,77*	0,23	-0,31*	-0,18*	-0,80*

D = Función discriminativa, R = Función de refuerzo, E = Función evocadora, C = Función de castigo, IF= Función informativa, M = Función motivacional, IT = Función instruccional, O = Otras

^a Esta variable no se empleó en el análisis.

*Mayor correlación absoluta entre cada variable y cualquier función discriminante.

Como puede observarse, la primera función discriminante, y aquella que mayor porcentaje de varianza explica, destacaría por su correlación alta y negativa con la variable *Función informativa*. Por su parte, la segunda función discriminante se caracterizaría, fundamentalmente, por presentar una relación lineal alta y positiva con la variable *Función de refuerzo* y elevada y negativa con la variable *Función discriminativa*. Aunque esta segunda función fue la que presentó una mayor correlación con la variable *Función evocadora*, el valor de la misma fue muy próximo a 0. Finalmente, la tercera función discriminante fue la que mostró un mayor grado de asociación con las variables *Función de castigo*, *Función motivacional*, *Función instruccional* y *Otras*, presentando con todas ellas una correlación negativa que resultó elevada con las variables *Función de castigo* y *Otras*, moderada con la variable *Función motivacional*, y más débil con la variable *Función instruccional*.

Con el fin de identificar los grupos entre los que permitía diferenciar cada función discriminante, se llevó a cabo un ANOVA de un factor para cada una de las variables formadas con las puntuaciones discriminantes en las funciones del modelo que, a partir de este momento, pasaremos a denominar **Información** (función discriminante 1), **Discriminación-Reforzamiento** (función discriminante 2) y **Entrenamiento** (función discriminante 3). Debido a que la prueba de Levene indicó que no se podían asumir varianzas iguales para la variable *Discriminación-*

Reforzamiento, el contraste de medias se realizó para este factor atendiendo al estadístico de Welch (ver tabla VII.8). Las comparaciones *post hoc* para cada análisis de varianza se llevaron a cabo mediante el método de Bonferroni en aquellos casos donde podía asumirse homocedasticidad, y mediante el método Games-Howell en aquellos contrastes donde la igualdad de varianzas no podía suponerse (ver tabla VII.9).

Tabla VII.8. ANOVAs univariados sobre las funciones discriminantes.

	<i>Información</i>	<i>Discriminación-Reforzamiento</i>	<i>Entrenamiento</i>
<i>F</i>	109,120	100,584	9,480
<i>P</i>	0,000	0,000	0,000

Tabla VII.9. Comparaciones entre grupos por pares.

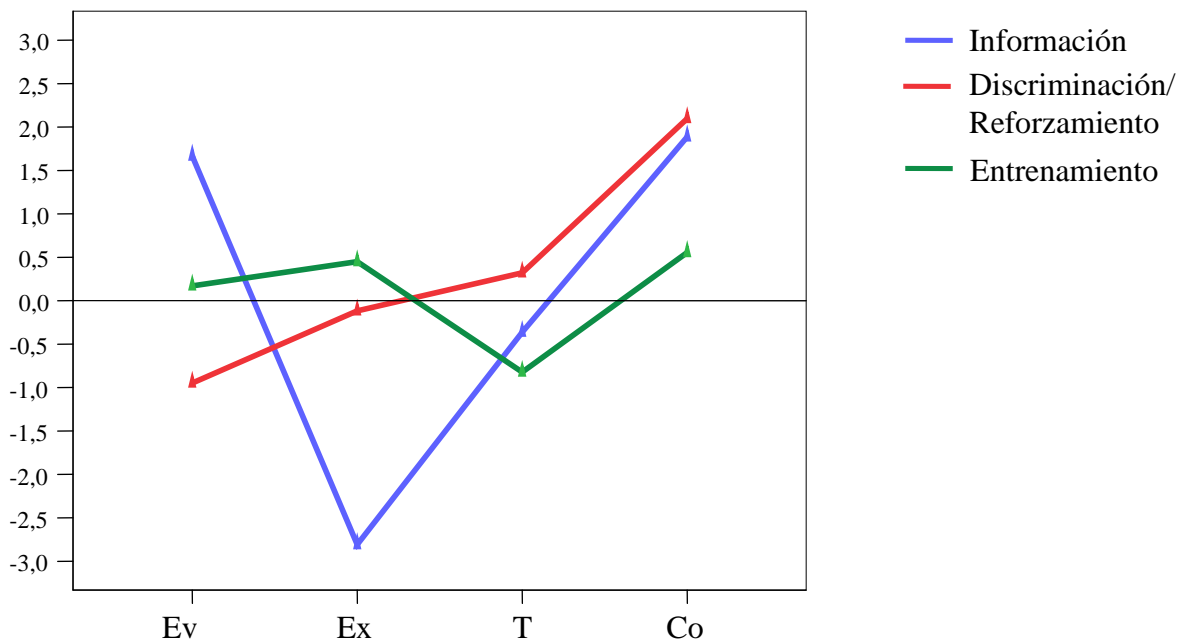
			<i>Información</i>	<i>Dis/Ref</i>	<i>Entrenamiento</i>
<i>Evaluación</i>	<i>Explicación</i>	Dif. de medias	4,47*	-0,83	-0,28
		Error típico	0,27	0,36	0,27
	<i>Tratamiento</i>	Dif. de medias	2,03*	-1,27*	0,99*
		Error típico	0,26	0,21	0,26
	<i>Consolidación</i>	Dif. de medias	-0,22	-3,05*	-0,38
		Error típico	0,34	0,29	0,34
<i>Explicación</i>	<i>Tratamiento</i>	Dif. de medias	2,45*	-0,44	1,27*
		Error típico	0,28	0,30	0,28
	<i>Consolidación</i>	Dif. de medias	-4,7*	-2,22*	-0,11
		Error típico	0,35	0,36	0,35
<i>Tratamiento</i>	<i>Consolidación</i>	Dif. de medias	-2,25*	-1,78*	-1,38*
		Error típico	0,35	0,24	0,35

* $p < 0,05$; Dis/Ref = Discriminación-Reforzamiento

De acuerdo con los análisis de varianza realizados, podemos afirmar que las tres variables creadas a partir de las funciones discriminantes que conforman nuestro modelo presentan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos considerados. Las comparaciones *post hoc* llevadas a cabo señalan que la variable *Información* permite distinguir entre todos los grupos comparados excepto entre los grupos de tratamiento y consolidación. Por su parte, las medias de los cuatro grupos en la variable *Discriminación-Reforzamiento* difieren de modo estadísticamente significativo menos para los pares grupo de explicación-grupo de evaluación, y grupo de explicación-grupo de tratamiento. Por último, la variable *Entrenamiento*

sólo presenta diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de tratamiento y el resto de grupos considerados. El gráfico VII.2 muestra el valor de los centroides de los grupos para cada una de las funciones discriminantes calculadas.

Gráfico VII.2. Medias de puntuaciones discriminantes para las tres funciones del modelo en los cuatro grupos identificados (Ev=Grupo de evaluación, Ex=Grupo de explicación, T=Grupo de tratamiento, Co=Grupo de consolidación)



Podemos decir, por tanto, que el **grupo de evaluación** sería aquel que se caracterizaría por incluir aquellos registros donde se combinan puntuaciones muy bajas en la variable *Función informativa* con las más elevadas en *Función discriminativa*, las más bajas en *Función de refuerzo* y un bajo porcentaje de verbalizaciones categorizadas como *Función de castigo*, *Función motivacional*, *Función instruccional* y *Otras*. El **grupo de explicación**, en cambio, incluiría los registros donde la *Función informativa* tuviera más peso, los porcentajes de *Función discriminativa* y *Función de refuerzo* tomaran valores intermedios aunque ligeramente inclinados hacia el predominio de la variable *Función discriminativa*, y la proporción de las categorías *Función de castigo*, *Función motivacional*, *Función instruccional* y *Otras* fuera bastante baja. En cuanto al **grupo** denominado **de**

tratamiento, según el análisis realizado se distinguiría por estar formado por sesiones donde se registraron niveles moderados de *Función informativa*, intermedios de *Función discriminativa* y *Función de refuerzo* aunque ligeramente superiores en el caso de esta última variable, y muy elevados de las categorías *Función de castigo*, *Función motivacional*, *Función instruccional* y *Otras*. Por último, el **grupo de consolidación** lo conformarían los registros con menor porcentaje de tiempo de sesión dedicado a la *Función informativa*, las puntuaciones más altas en la variable *Función de refuerzo* y las más bajas en las variables *Función discriminativa*, *Función de castigo*, *Función motivacional*, *Función instruccional* y *Otras*.

Finalmente, y con el fin de comprobar el grado de eficacia del modelo discriminante para clasificar los registros observacionales de la muestra total en los grupos creados por el análisis de conglomerados, se calculó, según el tamaño de los grupos, la matriz de confusión entre los grupos de origen y los grupos pronosticados encontrándose un porcentaje de acierto en la clasificación del 91,8% (ver tabla VII.10). Además, se procedió a realizar una validación cruzada del modelo discriminante mediante la clasificación de cada observación a partir de las funciones derivadas del resto de registros (*clasificación dejando uno fuera*), encontrándose un porcentaje de éxito del 83,5% (ver tabla VII.11).

Tabla VII.10. Resultado de la clasificación de las observaciones originales.

<i>Grupo origen</i>	<i>Grupo pronosticado</i>				<i>Total</i>
	<i>Evaluación</i>	<i>Explicación</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>Consolidación</i>	
<i>Evaluación</i>	32 (97%)	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)	33 (100%)
<i>Explicación</i>	0 (0%)	22(91,7%)	2 (8,3%)	0 (0%)	24 (100%)
<i>Tratamiento</i>	1 (3,6%)	3 (10,7%)	24 (85,7%)	0 (0%)	28 (100%)
<i>Consolidación</i>	0 (0%)	0 (0%)	1 (8,3%)	11 (91,7%)	12 (100%)

Tabla VII.11. Resultado de la clasificación en la validación cruzada.

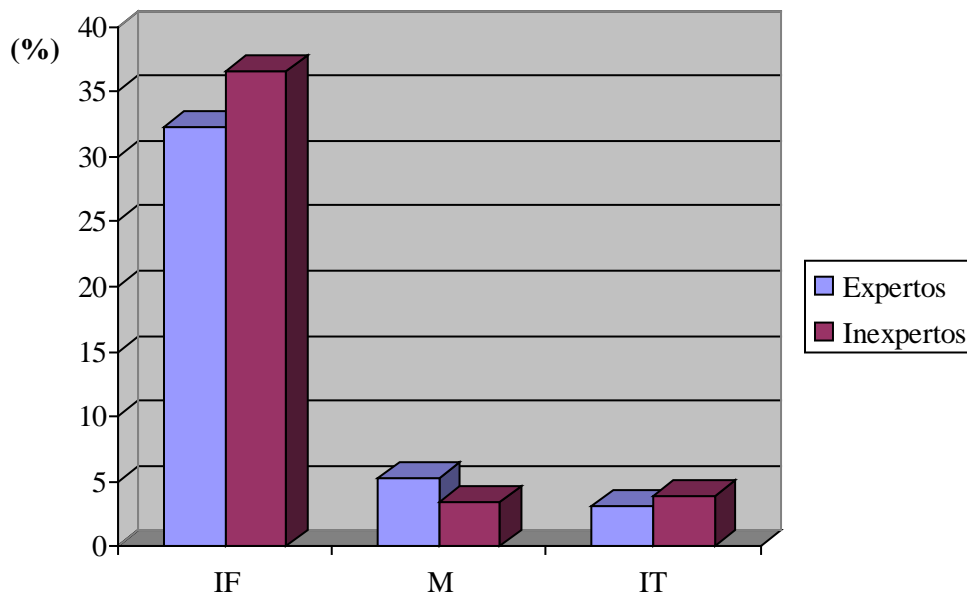
<i>Grupo origen</i>	<i>Grupo pronosticado</i>				<i>Total</i>
	<i>Evaluación</i>	<i>Explicación</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>Consolidación</i>	
Evaluación	30 (90,9%)	0 (0%)	2 (6,1%)	1 (3%)	33 (100%)
Explicación	0 (0%)	19(79,2%)	5 (20,8%)	0 (0%)	24 (100%)
Tratamiento	2 (7,1%)	4 (14,3%)	22 (78,6%)	0 (0%)	28 (100%)
Consolidación	0 (0%)	0 (0%)	2 (16,7%)	10 (83,3%)	12 (100%)

En definitiva, los resultados presentados hasta ahora parecen confirmar la mayor parte de las predicciones recogidas en las hipótesis 1 y 2 planteadas al inicio de este capítulo. De acuerdo con las mismas, encontramos que las características del comportamiento verbal de los terapeutas analizados varían a lo largo del proceso terapéutico encontrando una relación notable, aunque no perfecta, entre este patrón de variación y la división en fases de la intervención clínica propuesta inicialmente (hipótesis 1). En cuanto a las variables con más peso para discriminar entre los tipos de actuación verbal de los terapeutas (hipótesis 2), las predicciones parecen cumplirse excepto en dos aspectos: (a) tal y como se acaba de señalar, estos tipos de actuación verbal (los cuatro grupos creados por el análisis de conglomerados) no se ajustan exactamente a los hipotetizados (las cinco fases terapéuticas definidas), y (b) no se tuvo en cuenta en la formulación de esas hipótesis iniciales el notable papel discriminante que, a la luz de los análisis realizados, parece poseer la variable *Función de castigo* a la hora de diferenciar el grupo que hemos denominado de tratamiento del resto de grupos identificados.

3.4 Comparación entre grupos en la variable “Experiencia del terapeuta”.

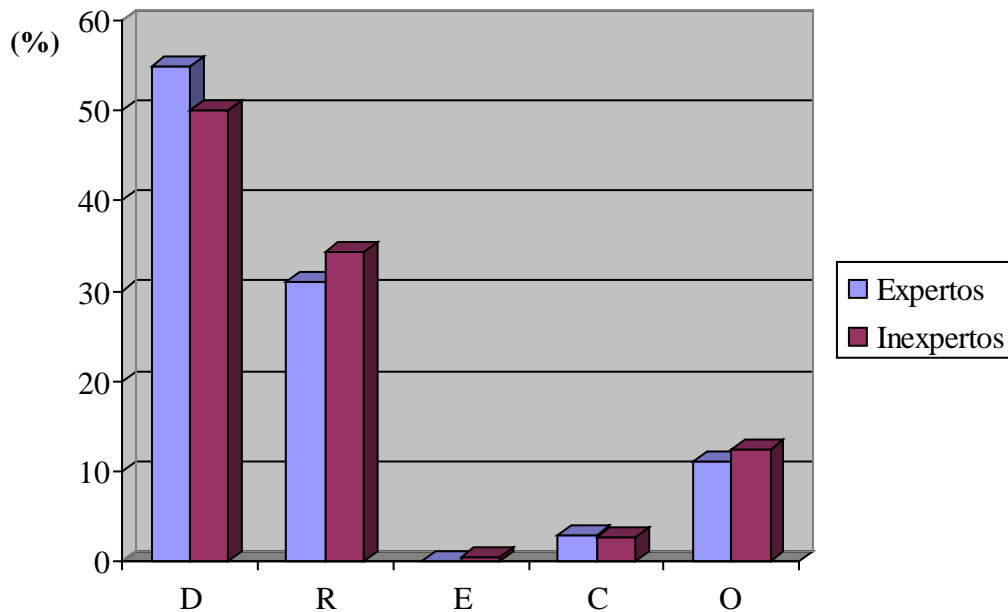
Los gráficos VII.3 y VII.4 presentan las puntuaciones medias de los grupos de terapeutas expertos (n=59) e inexpertos (n=38) en las variables referidas a las categorías utilizadas para codificar la conducta verbal de los clínicos en las sesiones observadas.

Gráfico VII.3. Porcentaje medio de tiempo de sesión en el que se registró cada una de las categorías-estado del SISC-CVT para el grupo de psicólogos expertos e inexpertos



F=Función informativa ($\sigma_{Exp}=17,24$; $\sigma_{Inexp}=17,08$), M=Función motivacional ($\sigma_{Exp}=3,61$; $\sigma_{Inexp}=2,71$), IT=Función instruccional ($\sigma_{Exp}=2,92$; $\sigma_{Inexp}=2,82$).

Gráfico VII.4. Porcentaje medio de ocurrencia de cada categoría-evento sobre el total de categorías-evento registradas en los grupos de terapeutas expertos e inexpertos.



D=Función discriminativa ($\sigma_{Exp}=10,69$; $\sigma_{Inexp}=11,29$), R=Función de refuerzo ($\sigma_{Exp}=10,76$; $\sigma_{Inexp}=11,33$), E=Función evocadora ($\sigma_{Exp}=0,16$; $\sigma_{Inexp}=3,15$), C=Función de castigo ($\sigma_{Exp}=2,75$; $\sigma_{Inexp}=2,68$), Otras ($\sigma_{Exp}=4,75$; $\sigma_{Inexp}=3,93$).

Como puede apreciarse en los gráficos que se acaban de mostrar, el grupo de terapeutas expertos presenta puntuaciones mayores en las variables *Función discriminativa*, *Función de castigo* y *Función motivacional*, mientras que el grupo de clínicos de menor experiencia supera a sus colegas expertos en el resto de variables (*Función de refuerzo*, *Función evocadora*, *Función informativa*, *Función instruccional* y *Otras*).

Con el objetivo de comparar los dos grupos de experiencia de los terapeutas en cada una de las variables estudiadas, se procedió a realizar los correspondientes contrastes de hipótesis sobre dos medias para muestras independientes. Tras la realización de las correspondientes pruebas de Kolmogorov-Smirnov y de Levene, se decidió utilizar la prueba T para dos muestras independientes en la comparación de medias de aquellas variables que cumplieran los supuestos de normalidad y homocedasticidad (*Función discriminativa*, *Función de refuerzo* y *Otras*), recurriendo a la prueba no paramétrica de Mann-Whitney (en su valor tipificado) para el contraste de hipótesis sobre igualdad de promedios en el resto de las variables consideradas.

Estos análisis hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de experiencia del terapeuta en las variables *Función discriminativa* ($t_{(95)}=2,147$; $p=0,034$), *Función motivacional* ($Z=-2,557$; $p=0,011$) y *Función evocadora* ($Z=-2,115$; $p=0,034$). Las variables en las que hipotetizamos (hipótesis 3) que se encontrarían diferencias entre terapeutas según el grado de experiencia (*Función de castigo*, *Función instruccional* y *Otras*) no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos comparados. Aún así, y a un nivel meramente descriptivo, podemos señalar que la puntuación media en la variable *Función de castigo* fue tan sólo ligeramente superior para el grupo de terapeutas expertos, lo que constituye un tímido apoyo a nuestra predicción inicial. Más amplia resultó la diferencia entre los grupos de las puntuaciones medias en la variable *Otras*, la cual presentó un valor inferior en el grupo de expertos que en el de inexpertos en la línea de lo hipotetizado inicialmente. Por último, y en contra de nuestra predicción, la categoría *Función instruccional* se dio en un porcentaje

menor entre los registros de los terapeutas expertos que entre los de los clínicos con un nivel inferior de experiencia profesional.

4. DISCUSIÓN

Posiblemente, una importante conclusión que pueda extraerse del estudio que hemos presentado en este capítulo sea la confirmación de la utilidad que el *Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta* (SISC-CVT) y la metodología de investigación propuesta posee para el análisis del proceso terapéutico. Independientemente de que sea necesario continuar trabajando en la depuración de dicho sistema de codificación con el fin de incrementar el grado de acuerdo inter e intraobservadores especialmente en su aplicación a la categorización de la conducta verbal de una mayor variedad de terapeutas, el mantenimiento de los niveles de concordancia entre registros por encima del criterio establecido ($k > 0,60$) confiere robustez a los datos y, por ende, ciertas garantías sobre los análisis realizados. El elevado porcentaje de éxito en las pruebas de validación del modelo discriminante así como la significación psicológica del mismo, son una prueba a favor de la validez del SISC-CVT, a pesar de que reconocemos la cautela con la que han de asumirse algunos de nuestros resultados dadas las características psicométricas de las variables estudiadas y las dificultades encontradas en algunas para asumir parte de los supuestos matemáticos en los que se basan ciertas estrategias de análisis estadístico. Precisamente porque entendemos la estadística como una herramienta al servicio de la investigación y no el elemento que la determina, consideramos que las conclusiones que se pueden derivar de este trabajo poseen un importante valor para comprender qué sucede en la clínica cuando un terapeuta interactúa verbalmente con su cliente.

En primer lugar, parece claro que la conducta verbal de los psicólogos en sesión, al menos en lo que a su posible funcionalidad se refiere, varía durante el proceso terapéutico, ahora bien, ¿con qué aspectos del fenómeno clínico tienen que ver esas variaciones? El estudio realizado parece indicar que los cambios en el modo en el

que se distribuye el comportamiento verbal de los psicólogos en sesión no guarda relación con el terapeuta analizado, el cliente considerado o la problemática tratada, pero tampoco encontramos una correspondencia exacta entre esas variaciones y las distintas fases en las que podría dividirse una intervención conductual, tal y como puede apreciarse al analizar los grupos identificados por el análisis de conglomerados realizado. Así, el *grupo de evaluación* incluiría la mayor parte de las sesiones de la fase de evaluación pero también muchas de las de inicio y, sobre todo, desarrollo del tratamiento. Tratando de identificar las características de estas sesiones de tratamiento incluidas en este grupo, descubrimos que se trataba de sesiones donde el terapeuta dedicaba gran parte del tiempo a *evaluar* los cambios, dificultades y progresos producidos en el entorno natural del cliente con motivo de la aplicación del programa de intervención diseñado. El denominado *grupo de explicación*, por su parte, estaba formado por la inmensa mayoría de las sesiones de la fase de explicación del análisis funcional y la propuesta de tratamiento pero también por un número destacable de sesiones de tratamiento caracterizadas por largas explicaciones de los terapeutas acerca de alguna técnica/estrategia de intervención psicológica que se pretendía comenzar a utilizar, y/o por la exposición por parte de los clínicos de las causas que mantenían nuevos problemas y demandas manifestados por el cliente. El *grupo de tratamiento* lo constituían, fundamentalmente, sesiones de las fases de tratamiento, especialmente de la fase de inicio del mismo donde se entrenaban y/o aplicaban técnicas en sesión y/o se daban pautas de actuación fuera de la clínica, mientras que el *grupo de consolidación*, el menos numeroso, se caracterizaba por incluir sesiones de los últimos momentos de terapia, especialmente de aquellos casos más rápidos y/o con mejores resultados.

Teniendo en cuenta lo que se acaba de señalar, parece que lo que se relaciona con el tipo de comportamiento verbal emitido por los terapeutas de conducta es el momento o *actividad clínicamente relevante* que se está llevando a cabo en sesión. De acuerdo con esto, podríamos decir que en el enfoque conductual los terapeutas realizarían cuatro tipos de actividades clínicamente relevantes: *evaluación, explicación, tratamiento y consolidación del cambio*. Actividades que, probablemente, no tengan tanto que ver con la “fase” de intervención en la que nos

encontremos sino, fundamentalmente, con el objetivo concreto perseguido por el psicólogo en cada momento del proceso terapéutico, aunque haya objetivos más claramente ligados a unas fases que a otras. Esta conclusión resultaría coherente con lo planteado en el estudio empírico 2 respecto al análisis del proceso terapéutico de un único caso. En dicho estudio ya señalábamos la relevancia de considerar el tipo de actividad realizada en sesión y no la fase analizada para describir los cambios en la distribución de las categorías referidas al comportamiento verbal de los psicólogos. El carácter más molar de este tercer estudio que aquí presentamos no nos permite diferenciar tipos de actividades dentro de una misma sesión pero muy posiblemente la clasificación de sesiones enteras en uno u otro grupo no esté más que señalando qué tipo de *actividad clínicamente relevante* predomina en cada sesión analizada. Precisamente el nivel de análisis más micro que, obviamente, acompaña al estudio de un caso único y que no puede mantenerse en un estudio como el que presentamos ahora, explicaría la ausencia de una correspondencia exacta entre las actividades señaladas en el capítulo anterior y las que mencionamos aquí. Aún así, podemos decir que éstas coinciden en gran medida lo que confiere cierta consistencia a nuestras conclusiones. En concreto, la *evaluación* y la *explicación* aparecen mencionadas en ambos estudios, mientras que los momentos dedicados a la *propuesta de tareas y pautas de actuación a realizar fuera de sesión* y al *debate de ideas desadaptativas* señalados en el análisis de caso muy probablemente coincidan con lo que en este último estudio hemos denominado *tratamiento*. Lo que resulta verdaderamente novedoso, sin embargo, es la identificación de un momento terapéutico dedicado a la *consolidación de los cambios*, algo que no aparecía en el estudio de caso pero que en este último trabajo sí parece tener cierta relevancia. De cualquier forma, el hecho de que éste sea el grupo menos numeroso y que únicamente incluya las últimas sesiones de los casos con mejores y más rápidos resultados apoyaría la suposición señalada en el capítulo anterior de que estos momentos de *consolidación del cambio* son poco comunes en la clínica privada debido, probablemente, al coste que supone incrementar el número de sesiones de tratamiento. En cualquier caso, la constatación de que no todas las intervenciones clínicas analizadas acabaron en éxito terapéutico sugiere

otras razones, éstas de índole metodológica, que podrían explicar el menor tamaño de este grupo. Así mismo, el hecho de no haberse constituido un conglomerado que recogiese sesiones donde predominara la *conversación o charla trivial* a la que nos referíamos en el anterior capítulo bien puede indicar que esta actividad no presenta un patrón de conducta verbal de los terapeutas diferente al observado en otras actividades identificadas en la clínica o, lo que parece más plausible, que precisamente la poca *relevancia clínica* de esta actividad sea lo que explique que no prevalezca en sesiones completas, especialmente en el ámbito privado de la práctica clínica.

Este modo descriptivo de agrupar los registros de las sesiones observadas a partir de la consideración simultánea de las variables referidas a la conducta verbal de los psicólogos, además de una importante significación psicológica, contó con la significación estadística que un análisis discriminante como el realizado puede otorgar. Como ya se ha mencionado, es posible que haya que tomar con cautela los resultados de este análisis multivariante puesto que se basa en unos supuestos de homocedasticidad y normalidad que muchas de las variables independientes en él incluidas no pudieron asumir, pero lo cierto es que el modelo generado no sólo se asoció a altos porcentajes de éxito en las pruebas de clasificación y validación cruzada, sino que además dio lugar a funciones discriminantes que resultaron significativas para la diferenciación de los grupos tanto estadística como psicológicamente hablando. El hecho de que la variable *Otras* no cumpliera con los requisitos matemáticos requeridos para ser incluida en este modelo discriminante podría indicar precisamente que esas *otras* verbalizaciones “extraterapéuticas” identificadas cuando se observa a los clínicos interactuar con sus clientes, no tienen un peso importante a la hora de diferenciar los tipos de *actividades clínicamente relevantes* que se dan en terapia, a pesar de ocurrir en porcentajes bastante superiores a los de algunas variables con mayor relevancia teórica como la *Función de castigo* o la *Función evocadora*.

¿Qué permite entonces distinguir unas *actividades clínicamente relevantes* de otras? De acuerdo con las funciones discriminantes calculadas, podríamos decir que existen tres dimensiones o ejes en torno a los cuales se distribuirían los grupos de

registros observacionales analizados: (1) la dimensión denominada **Información**, relacionada con la variable *Función informativa* y que permitiría diferenciar, fundamentalmente, los registros de *evaluación* (bajas puntuaciones en la variable *Función informativa*) y *explicación* (elevadas puntuaciones en la variable *Función discriminativa*) de los del resto de grupos; (2) la dimensión que convenimos en llamar **Discriminación-reforzamiento**, asociada con las variables *Función discriminativa* y *Función de refuerzo*, que permitiría distinguir, sobre todo, las sesiones de *consolidación* (alta puntuación en la variable *Función de refuerzo* y baja en *Función discriminativa*) de las del resto de grupos, especialmente del grupo de *evaluación* que presentaría el patrón opuesto (baja puntuación en la variable *Función de refuerzo* y elevada en *Función discriminativa*); y (3) la dimensión etiquetada como **Entrenamiento**, asociada con las variables *Función de castigo*, *Función motivacional*, *Función instruccional* y *Otras*, que distinguiría el grupo de *tratamiento* (elevadas puntuaciones en todas las variables mencionadas) del resto.

Parece, por tanto, que la posible funcionalidad de la conducta verbal de los terapeutas varía a medida que cambia lo que el clínico hace o pretende hacer en sesión (evaluar, explicar, entrenar/tratar o consolidar los cambios). Este hecho podría estar señalando la existencia de ciertos mecanismos de aprendizaje que se pondrían en marcha a partir de la interacción entre terapeutas y clientes en distintos momentos de la terapia y que podrían ser, en alguna medida, responsables del cambio clínico. ¿Somete el terapeuta de conducta a procesos de discriminación y control estimular a su cliente cuando trata de obtener información relevante? ¿Pone en marcha mecanismos de reforzamiento positivo cuando pretende consolidar los cambios? ¿Utiliza el castigo, el control instruccional y/o ciertas operaciones de establecimiento cuando intenta entrenar en sesión algunas técnicas de intervención psicológica y/o promover ciertos cambios fuera del contexto clínico? ¿Existen formas más eficientes que otras para poner en marcha estos mecanismos de aprendizaje? ¿Explican estos mecanismos el éxito o el fracaso clínicos? Aún falta mucho camino por recorrer antes de que podamos dar respuesta a estos interrogantes, pero nuestros esfuerzos investigadores deben dirigirse hacia la resolución de los mismos, no sólo porque eso nos permitiría comprender mejor el

fenómeno psicoterapéutico y los mecanismos de cambio que operan en la clínica, sino sobre todo porque este conocimiento teórico nos acercaría a la identificación y propuesta de formas de proceder en terapia más eficientes.

Como ya señalábamos en la introducción de este séptimo capítulo, un primer intento de acercamiento a la identificación de esas formas de proceder más eficientes en terapia lo constituye el análisis comparativo entre terapeutas expertos y novatos que se ha llevado a cabo en este estudio. En este sentido, los análisis estadísticos realizados parecen indicar que los registros observacionales de los terapeutas expertos muestran un porcentaje significativamente superior de verbalizaciones categorizadas como *Función discriminativa* y de tiempo de sesión ocupado por la categoría *Función motivacional*, mientras que los terapeutas inexpertos mostrarían una superioridad estadísticamente significativa en la variable *Función evocadora*. Es posible que estos resultados estén indicando que los terapeutas expertos ejercen un mayor control discriminativo sobre la conducta de sus clientes que los terapeutas con menor experiencia asumiendo un papel más directivo en el desarrollo de las sesiones. Así mismo, tal vez los psicólogos expertos presentan más verbalizaciones refiriéndose a los beneficios del cambio porque su propia experiencia les ha permitido comprobar que las técnicas psicológicas realmente funcionan, algo que el terapeuta inexperto en ocasiones sólo ha podido leer en los manuales resultando más escéptico al respecto, lo que podría influir en la adherencia de los clientes al tratamiento. En cuanto al predominio de la variable *Función evocadora* en los registros de los psicólogos de menor experiencia, podría hipotetizarse que tal vez éstos tengan menos presente o sepan manejar peor que los clínicos expertos su capacidad para elicitar respuestas emocionales intensas en sus clientes. Sin embargo, el conocimiento de las sesiones analizadas nos hace decantarnos por una explicación alternativa: es muy posible que el incremento de la frecuencia de la categoría *Función evocadora* en los registros de la muestra de terapeutas inexpertos se deba a que en ella se incluyó una sesión de exposición en imaginación donde se podía identificar un elevado número de verbalizaciones de la terapeuta observada que cumplían con los criterios para ser codificadas dentro de la categoría *Función evocadora*, algo que sin duda resultó absolutamente excepcional

ya que la exposición en imaginación no se usó en ninguna otra sesión analizada. De no haberse registrado una sesión como la mencionada, las medias tanto del grupo de terapeutas expertos como de inexpertos en esta variable habrían sido próximas a 0 y lo más probable es que no se hubieran encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ellas. Como ya apuntábamos en el capítulo anterior, las razones que podrían explicar la frecuencia tan baja de esta categoría en los registros podrían ser tanto metodológicas (problemas para identificar este tipo de comportamientos verbales por no encontrarse bien especificados en el sistema de categorización empleado, imposibilidad de detectar posibles reacciones emocionales de los clientes al no captarse su rostro en los vídeos analizados, o dificultades para que un juez externo observe dichas reacciones que suelen darse de forma encubierta), como teóricas (quizá los procesos de condicionamiento clásico que suponemos que explicarían la aparición de la categoría *Función evocadora* al analizar la conducta verbal de los terapeutas cuando interactúan con sus clientes sean prácticamente irrelevantes si los comparamos con la importancia de los mecanismos operantes en el desarrollo de dicha interacción clínica).

Además de las diferencias estadísticamente significativas mencionadas entre los terapeutas expertos e inexpertos, se observaron puntuaciones más altas en todas las variables estudiadas en el grupo de terapeutas inexpertos que en el de psicólogos expertos excepto para la variable *Función de castigo*, algo que se correspondería con nuestras predicciones iniciales y que podría explicarse atendiendo a una mayor reticencia de los clínicos novatos hacia el uso de estimulación aversiva o desaprobatoria en sesión. Así mismo, que los terapeutas inexpertos presentasen un mayor porcentaje de la categoría *Otras* en sus registros también formaba parte de nuestras hipótesis iniciales ya que, en principio, cabría esperar que los psicólogos menos expertos mostrasen un mayor número de conductas de poca relevancia clínica y/o que la posible funcionalidad de las mismas fuera más difícil de identificar. Más llamativas resultan, sin duda, las puntuaciones superiores del grupo de terapeutas de menor experiencia en las variables *Función de refuerzo*, *Función informativa* y *Función instruccional*. En el caso de estas dos últimas variables, el hecho de que los psicólogos novatos dediquen más tiempo a “instruir” y a

“informar” no quiere decir, necesariamente, que la “calidad” de esas instrucciones e informaciones sea buena. En cuanto a la variable *Función de refuerzo*, tal vez los terapeutas inexpertos presenten una mayor cantidad de “refuerzos” verbales pero ¿sucedería lo mismo si registráramos también los asentimientos y señales de aprobación no verbales?. Quizá los terapeutas expertos combinen más eficientemente ambos tipos de comportamientos y/o administren mejor esos potenciales reforzadores para evitar la pérdida de efectividad de los mismos y/o la saciación de sus clientes. En cualquier caso, es obvio que hacen falta muchos más estudios que aclaren la naturaleza de las diferencias existentes entre la conducta verbal de los terapeutas expertos e inexpertos y si éstas guardan algún tipo de relación con indicadores de efectividad y eficiencia. Podría ocurrir que las diferencias entre estos dos grupos de terapeutas se den a un nivel multivariante y no univariante lo que requeriría la realización de otro tipo de análisis con un mayor número de casos observados. Así mismo, es posible que las diferencias hipotetizadas al inicio de este capítulo en la conducta verbal de terapeutas con distintos grados de experiencia tengan más que ver con la calidad de las verbalizaciones o la capacidad de las mismas para influir en la conducta del cliente (algo que no se mide en este trabajo) que con su presencia en los registros, lo que explicaría que las diferencias predichas no resultaran estadísticamente significativas. En otras palabras, es posible que los terapeutas inexpertos “sepan” que tienen que castigar o instruir a sus clientes, por ejemplo, pero no dispongan de la habilidad y el entrenamiento suficientes para hacerlo de un modo efectivo.

En definitiva, las líneas de trabajo que se abren con el estudio aquí presentado son muchas y muy interesantes. La incorporación del estudio de la conducta del cliente y, sobre todo, su puesta en relación con el comportamiento del terapeuta será lo que permita un auténtico análisis funcional de la interacción clínica. El establecimiento de medidas de resultado junto al estudio del tipo de relación entre éstas y la conducta del terapeuta, del cliente y, por supuesto, los elementos de dicho análisis funcional, será lo que lleve a identificar aquellos factores asociados al éxito y al fracaso terapéutico que permitan diseñar formas de actuación clínica más eficientes. Pero aunque quede aún un largo camino para alcanzar estas metas, el

trabajo que se acaba de presentar nos acerca a la creación de esa “radiografía” completa del proceso terapéutico que pretendemos elaborar. Una radiografía que aún precisa de un mayor grado de definición pero que ya nos permite vislumbrar qué es lo que hace el psicólogo en la clínica y que parece ser, fundamentalmente, evaluar, informar o presentar conocimiento técnico/clínico, traer a sesión respuestas emocionales, consolidar los progresos del cliente mediante la aprobación y el elogio de los mismos, rechazar comportamientos no deseables, motivar o señalar los beneficios del cambio, y presentar instrucciones que guíen la realización de tareas fuera de sesión. Seguir profundizando en el estudio de estas operaciones básicas nos llevará, sin duda, a continuar conociendo un fenómeno tan complejo y apasionante como lo es el fenómeno clínico.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES FINALES

Hasta aquí hemos presentado por separado cada uno de los estudios empíricos que hemos venido realizando en el marco de la investigación de procesos en psicología clínica desde un enfoque conductual. Aunque la exposición de cada estudio particular ha ido acompañada de la correspondiente discusión de los resultados encontrados, creemos conveniente hacer una reflexión general de las conclusiones que de ellos podemos extraer con el objetivo de analizar de forma conjunta las aportaciones que estos trabajos suponen para el estudio del proceso terapéutico. El análisis de estas aportaciones junto al de las limitaciones de nuestra investigación será la base para la propuesta de futuras líneas de trabajo que nos permitan avanzar hacia una mayor comprensión del fenómeno clínico.

1. CONCLUSIONES

El diseño y la realización de los estudios empíricos previamente mencionados se han vertebrado en torno a dos ejes principales: (1) la intención de desarrollar una metodología observacional que nos acerque al análisis funcional de la interacción terapeuta-cliente y que cuente con las suficientes garantías científicas, y (2) el interés por conocer qué sucede en la clínica y cómo se comporta el terapeuta cuando interactúa con su cliente. Veamos qué conclusiones pueden derivarse de los estudios realizados en relación con cada uno de estos ejes.

1.1. Desarrollo metodológico.

Más allá de las aportaciones concretas que los estudios empíricos presentados puedan suponer para la comprensión del fenómeno clínico, una de las principales conclusiones que puede derivarse de estos trabajos es, desde nuestro punto de vista, que la estrategia metodológica diseñada resulta relevante para el estudio científico del proceso terapéutico desde una perspectiva analítico-funcional. Veamos qué aspectos caracterizan dicha relevancia.

1.1.1. Coherencia teórica del sistema de categorización empleado.

Uno de los principales resultados derivados del trabajo realizado en el primer estudio empírico fue el desarrollo de un sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta, el denominado SISC-CVT, con una base clara en los planteamientos teóricos del análisis de la conducta y en su conceptualización del comportamiento verbal en la línea de lo mencionado en el capítulo III. En este sentido, tomar como referencia el listado de operaciones conductuales básicas elaborado por Pérez (1996b; 2004)¹⁹ para la propuesta de las categorías incluidas en el SISC-CV es coherente con nuestra intención de clarificar qué mecanismos de aprendizaje se ponen en marcha cuando los profesionales de la psicología clínica actúan. Por su parte, atender a la posible funcionalidad del comportamiento verbal de los terapeutas en sesión resulta consistente con nuestro propósito de llegar a realizar un análisis funcional de la interacción terapeuta-cliente. Aunque tanto la clarificación de los mencionados procesos de aprendizaje como la realización del señalado análisis funcional ha de pasar necesariamente por la incorporación del comportamiento del cliente a nuestro estudio y su puesta en relación con la conducta del terapeuta, el SISC-CVT no olvida que nuestro objeto de análisis es la díada terapeuta-cliente. Esto se pone de manifiesto en el hecho de que gran parte de los criterios de categorización incluidos en el SISC-CVT requieran que la codificación de la conducta

¹⁹ El listado completo de las *operaciones conductuales básicas* a las que nos referimos puede consultarse en el último apartado del capítulo III.

verbal del psicólogo se realice tomando en consideración el efecto producido por la misma sobre el comportamiento del cliente. Así, por ejemplo, el criterio que permite decidir si ciertas verbalizaciones de aprobación han de ser registradas como *Función discriminativa* o *Función de refuerzo* implica tener en cuenta si el cliente responde de algún modo a dichas verbalizaciones (*Función discriminativa*) o no (*Función de refuerzo*). Por supuesto, nos damos cuenta de los problemas que puede acarrear la aplicación de criterios como el señalado²⁰ pero, aunque habrá que continuar depurando el sistema de categorización para reducir al máximo estos inconvenientes, este énfasis en la consideración de los efectos de la conducta de uno de los miembros de la díada sobre el comportamiento del otro creemos que resulta fundamental para el análisis de la interacción clínica.

1.1.2. Precisión de los registros observacionales.

Por supuesto, la coherencia teórica del sistema de categorización otorga solidez a nuestra estrategia de investigación pero esta solidez debe completarse con unos niveles adecuados de precisión en la realización de los registros observacionales que proporcionan los datos de nuestros estudios. El uso de una herramienta como *The Observer XT* sin duda contribuye a esta precisión pero, ¿qué sucede con el sistema de codificación elaborado? ¿Su uso por un mismo observador en dos momentos distintos va asociado a buenos niveles de concordancia entre los registros? ¿Su aplicación por parte de dos jueces independientes da lugar a un aceptable grado de acuerdo entre los registros? En definitiva, ¿qué nivel de precisión muestran los observadores cuando utilizan el SISC-CVT para categorizar la conducta verbal de los terapeutas analizados? El primer estudio empírico, así como el

²⁰ Podríamos registrar como *Función discriminativa* verbalizaciones que posiblemente tengan una función predominantemente reforzante sólo porque el cliente responde “conversacionalmente” ante ellas (por ejemplo, codificar como *Función discriminativa* la verbalización “¡Muy bien! ¡Lo conseguiste!” del terapeuta ante la explicación del cliente de que por fin consiguió exponerse al último ítem de la jerarquía sólo porque éste respondió con un “Sí” a la verbalización señalada). Así mismo, una verbalización puede ser codificada como *Función de refuerzo* si el cliente responde ante ella no verbalmente y como *Función discriminativa* si dicha respuesta es verbal ya que las grabaciones permiten captar las voces tanto del psicólogo como de su cliente pero sólo la imagen del terapeuta.

procedimiento de revisión periódica de la concordancia intra e interjueces especificado en el capítulo VII, permiten extraer importantes conclusiones a este respecto. En concreto, el cálculo de los coeficientes kappa y de los porcentajes de acuerdo entre pares de registros mostraron niveles de concordancia de buenos a excelentes especialmente cuando se comparaban los registros de un mismo observador o de dos observadores distintos que categorizaban el comportamiento verbal del terapeuta al que pertenecían la mayor parte de las sesiones observadas durante la elaboración del SISC-CVT. Esto se daba incluso cuando uno de estos dos observadores no había participado en el proceso de desarrollo y depuración del SISC-CVT, lo que indica las posibilidades que nuestra metodología de trabajo posee de incorporar nuevos jueces al proceso de codificación de la conducta verbal de los terapeutas. Estos buenos coeficientes de acuerdo encontrados se asocian, según Bakeman et al. (1997), a elevados niveles de precisión teórica de los observadores (por encima del 80%) cuando se emplea un sistema como el nuestro con 8 categorías y una alta variabilidad en la distribución de la proporción de ocurrencia de las mismas, lo que sin duda confiere rigor a nuestra estrategia de investigación.

En cualquier caso, la cuestión del estudio del grado de acuerdo inter e intraobservadores no es algo resuelto ni en nuestro trabajo en particular, ni en la investigación metodológica en general. En cuanto a nuestro trabajo, es necesario llegar a conseguir buenos niveles de concordancia entre observadores independientemente de quién sea el terapeuta analizado. Más allá de nuestra investigación, los procedimientos para el cálculo de coeficientes de acuerdo entre e intraobservadores continúan presentando problemas y se siguen investigando y proponiendo algoritmos que puedan resultar más apropiados que los existentes para estudiar el grado de concordancia entre registros donde se combinan *categorías evento* y *categorías estado*²¹. Además, continúa sin resolverse el problema de la falta

²¹ Nos referimos al trabajo aún no publicado por Bakeman, Quera y Gnisci acerca de las deficiencias que presentan algunos procedimientos informáticos en el cálculo de los coeficientes kappa de Cohen cuando se comparan registros que combinan eventos para los que se dispone de información acerca de su ocurrencia

de ajuste entre la distribución real de los datos y la distribución teórica de los mismos que asumen algunos coeficientes de concordancia como el índice kappa de Cohen, un problema presente en nuestra investigación y que podría ser el responsable de valores artificialmente bajos de kappa. En cualquier caso, tal y como ya señalara Cartwright (1966), no creemos que lo “científico” haya de igualarse a lo “fiable y cuantitativo” ni tampoco que tenga sentido dejar de informar acerca de unos resultados de marcado interés clínico sólo porque los coeficientes de concordancia entre observadores no sean tan altos como sería deseable (Hill y Lambert, 2004). Desde nuestro punto de vista, la utilidad de nuestro sistema de categorización, los indicadores de su validez y el interés de las conclusiones que se derivan de su uso en el análisis del proceso terapéutico sin duda avalan la utilización del SISC-CVT en la investigación clínica más allá de las debilidades concretas que se hayan podido identificar en relación con el grado de acuerdo entre observadores al registrar la conducta verbal de algunos terapeutas.

1.1.3. Validez del sistema de categorización desarrollado.

La adecuada elaboración de un instrumento de medida o, en nuestro caso, de categorización, no sólo conlleva la necesidad de asegurarnos de que su utilización por parte de personas distintas o de una misma persona en dos momentos diferentes dará lugar a unos resultados similares, sino que también hemos de garantizar que permite categorizar aquello que queremos codificar y no otra cosa distinta. El problema de la validez de nuestro sistema de categorización es abordado en los estudios empíricos llevados a cabo. En concreto, las definiciones de cada una de las categorías del SISC-CVT resultantes del trabajo realizado en nuestro primer estudio empírico incluyen toda una serie de ejemplos y contraejemplos basados en frases reales registradas durante la observación no sistemática del comportamiento verbal

con eventos donde además existe información sobre su duración y tiempo de ocurrencia. En concreto, estos autores han centrado su trabajo en el estudio de los algoritmos empleados por el programa informático GSEC (Bakeman y Quera, 1996), la versión 5.0 de *The Observer* (Jansen et al., 2003) y un nuevo procedimiento creado por ellos para calcular estos indicadores de concordancia en registros observacionales de las características mencionadas.

de los terapeutas. Consideramos que estas completas definiciones constituyen un indicador del grado en el que las categorías de nuestro sistema miden adecuadamente aquellos aspectos de la conducta verbal del terapeuta que se consideran esenciales y claves para estudiar la interacción entre un terapeuta y su cliente. Además, los estudios empíricos 2 y 3 han permitido demostrar que la aplicación del SISC-CVT en el estudio de un caso así como en el análisis de la conducta verbal de los psicólogos clínicos en una muestra amplia de casos da lugar a resultados coherentes con la conceptualización del proceso terapéutico que diversos autores han formulado desde un modelo analítico-funcional. Por su parte, el elevado porcentaje de éxito en las pruebas de validación del modelo discriminante formulado en el tercer estudio empírico es una prueba más a favor de la validez del SISC-CVT. Aunque este proceso de validación deberá completarse con nuevos estudios en los que se confronte nuestro sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta con otros códigos de observación similares, consideramos que los primeros pasos avanzados en este camino resultan prometedores.

1.1.4. Utilidad de la estrategia metodológica diseñada.

Los resultados de los estudios 2 y 3 muestran que el uso de la metodología de estudio propuesta permite alcanzar dos de los tres objetivos perseguidos por la investigación de procesos en general (Llewelyn y Hardy, 2001) y por nuestro equipo de trabajo en particular: (i) describir las conductas y procesos que se dan en la clínica, y (ii) contrastar hipótesis, aunque dichas hipótesis, en nuestro estudio, aún no se refieren a la relación entre procesos terapéuticos y resultados del tratamiento a la que hacían alusión Llewelyn y Hardy (2001). El tercero de los objetivos señalados por estos autores tiene que ver con examinar cómo se produce el cambio clínico, algo que constituye asimismo uno de los objetivos de investigación a largo plazo de nuestro equipo de trabajo pero que no se podrá alcanzar hasta que

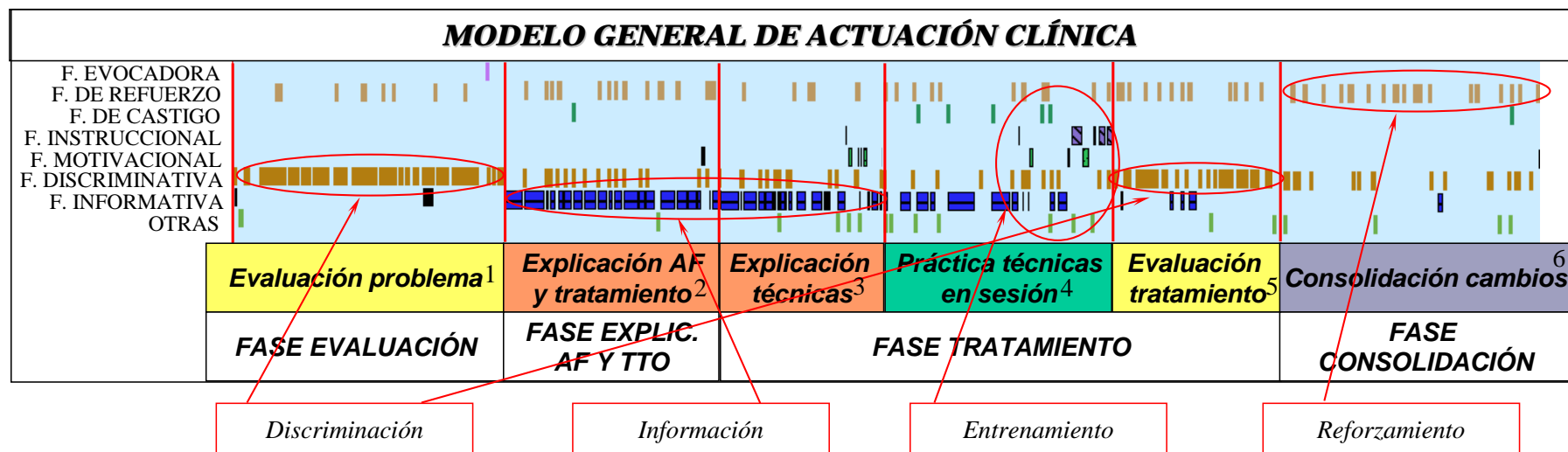
incorporemos el análisis de la conducta del cliente a nuestra investigación junto a la consideración de alguna medida del cambio terapéutico.

Parece, por tanto, que los estudios empíricos realizados nos permiten concluir que la estrategia desarrollada posee importantes garantías que la convierten en una destacable alternativa metodológica para el estudio de lo que sucede en la clínica cuando un terapeuta interactúa verbalmente con su cliente. Veamos, entonces, qué conclusiones de interés para la comprensión del fenómeno clínico pueden extraerse de la aplicación de dicha metodología al análisis del proceso terapéutico.

1.2. Análisis del proceso terapéutico.

La toma en consideración de los resultados derivados del segundo estudio empírico junto a aquellos obtenidos en el estudio empírico 3, nos permite crear un primer modelo general de lo que sucede en la clínica cuando el terapeuta interactúa verbalmente con su cliente. Esta “radiografía” inicial del proceso terapéutico deberá ir ganando nitidez con la depuración del sistema de codificación de la conducta verbal del psicólogo, la incorporación de información procedente de nuevos análisis de un mayor número de casos, sesiones y/o terapeutas, la inclusión del estudio del comportamiento del cliente y su puesta en relación con la conducta del clínico, entre otras cuestiones, pero, sin duda, consideramos que es un interesante primer paso para llegar a comprender qué hace un psicólogo en terapia. Nosotros hemos tratado de representar dicho modelo general de actuación clínica en la figura VIII.1 que presentamos a continuación. En un intento por ejemplificar cómo se distribuirían las categorías que hemos utilizado para codificar el comportamiento verbal de los psicólogos a lo largo de todo un proceso terapéutico “prototípico” se ha tratado de combinar información sobre la conducta verbal emitida por los terapeutas momento a momento en la línea de lo presentado en el estudio de caso único (capítulo VI), con información acerca del modo en el que podría caracterizarse la intervención clínica en terapia de conducta de acuerdo con los resultados de los análisis de conglomerados y discriminante expuestos en el capítulo VII.

Figura VIII.1. Modelo general de actuación de los terapeutas a lo largo de un proceso prototípico de intervención clínica.



AF = Análisis funcional; EXPLIC. = Explicación; F = Función; TTO = Tratamiento.

¹ Fragmento de registro de un periodo de sesión dedicado a la recogida de información sobre el problema de la cliente (caso 1)

² Fragmento de registro de un periodo de sesión dedicado a la explicación del análisis funcional y la propuesta de tratamiento (caso 14)

³ Fragmento de registro de un periodo de sesión dedicado a la explicación de la técnica de parada de pensamiento (caso 7)

⁴ Fragmento de registro de un periodo de sesión dedicado al debate de ideas desadaptativas (caso 2)

⁵ Fragmento de registro de un periodo de sesión dedicado a la recogida de información acerca de la realización de tareas por parte del cliente fuera de la clínica (caso 20)

⁶ Fragmento de registro de un periodo de sesión dedicado a la entrevista con el cliente sobre el mantenimiento de los logros terapéuticos alcanzados (caso 11).

Consideramos que la figura VIII.1 recoge gráficamente las principales conclusiones que se pueden extraer de los resultados de los estudios empíricos 2 y 3. En concreto, en ella se muestra la escasa presencia de la categoría *Función evocadora* a la que hemos hecho alusión en los capítulos previos. Como ya apuntáramos entonces, la baja frecuencia con la que aparece esta categoría sería coherente con aquellas concepciones teóricas que se apoyan fundamentalmente en los procesos derivados del condicionamiento operante para explicar la relación terapéutica (Hamilton, 1988; Rosenfarb, 1992) y la conducta verbal que se da en el contexto clínico (Hayes, Blackledge y Barnes-Holmes, 2001; Wilson y Luciano, 2002) sin hacer alusión, o haciéndola de soslayo, a mecanismos propios del condicionamiento clásico. En cualquier caso, sería posible que estos mecanismos pavlovianos tuvieran una presencia mayor en la clínica de lo que nuestros estudios permiten apreciar debido al carácter a menudo encubierto de las respuestas condicionadas que necesitamos apreciar para poder detectar aquellas verbalizaciones de los terapeutas que podrían poseer una función evocadora. Así mismo, nuestra propio sistema de grabación de las sesiones enfocando únicamente a los terapeutas y/o el modo en el que definimos la categoría con la que pretendemos identificar esta función evocadora pueden estar dificultando que ésta sea debidamente captada en nuestra investigación. Desde luego, ambas explicaciones, teórica y metodológica, podrían estar conjugándose para dar lugar a los resultados encontrados así que será necesario llevar a cabo nuevos estudios que arrojen luz sobre esta cuestión.

Dejando a un lado el tema de la naturaleza de los mecanismos de aprendizaje que podrían encontrarse en la base de lo que sucede en sesión, el proceso terapéutico podría describirse de la forma que sugiere el modelo general de actuación clínica propuesto²². Así, las fases lógicas en las que podríamos dividir una intervención conductual “prototípica” (fase de evaluación, de explicación del análisis funcional y el plan de tratamiento, de tratamiento y de consolidación del

²² A pesar de que la información sobre la categoría *Otras* no fuera incluida en el modelo discriminante obtenido en el estudio 3, se ha decidido no omitirla del modelo general porque consideramos que lo “extraterapéutico” o “meramente conversacional” puede resultar de interés en la descripción de lo que sucede en sesión aunque no tenga peso en la identificación de las *actividades clínicamente relevantes* que en ella ocurren.

cambio) no se corresponderían, exactamente, con las *actividades clínicamente relevantes* (evaluación, explicación, práctica/tratamiento y consolidación) identificadas primero a un nivel meramente descriptivo en el estudio de caso único y matemáticamente después a partir de los análisis llevados a cabo con una muestra más amplia en el estudio empírico 3. El análisis pormenorizado de los registros de las sesiones de un caso clínico completo presentado en el capítulo VI mostró que estas *actividades clínicamente relevantes* y, por tanto, los perfiles de comportamiento verbal de los terapeutas a ellas asociados, variaban dentro de cada sesión pudiendo encontrar momentos dedicados a evaluar, a explicar y a tratar, por ejemplo, en una misma sesión clínica. El hecho de que los análisis realizados en nuestro tercer estudio empírico permitieran clasificar registros de sesiones enteras dentro de estos grupos de *actividades clínicamente relevantes* posiblemente está poniendo de manifiesto que hay sesiones donde predomina alguna de estas actividades sobre otras y no una contradicción entre los resultados de nuestro estudio de caso único y los del análisis de una muestra mayor realizado posteriormente. En este sentido, hemos de decir que encontramos una correspondencia notable entre las *actividades clínicamente relevantes* identificadas en nuestro segundo estudio y aquellas señaladas en el estudio empírico 3. En concreto, la *evaluación* y *explicación* se mencionan en ambos trabajos, mientras que la *propuesta de tareas y pautas de actuación fuera de sesión* y el *debate de ideas* referidos en el estudio 2 podrían corresponderse con un único grupo, el de *tratamiento*, mencionado en nuestro tercer estudio. Por su parte, la *charla trivial* a la que hacíamos alusión puntualmente en el estudio de caso no parece, lógicamente, predominar en ninguna sesión completa de modo que no aparece diferenciada en la comparación entre sesiones realizada en nuestro tercer estudio empírico. Por último, la *consolidación* sólo es identificada al analizar una muestra amplia de casos lo cual podría tener que ver con el hecho de que en la clínica privada, donde los costes de terapia son elevados, en pocas ocasiones se realizan seguimientos presenciales.

En cualquier caso e independientemente de cuáles y cuántas sean las *actividades clínicamente relevantes* que se puedan identificar en terapia, lo más importante es que éstas tienen que ver con perfiles concretos de comportamiento verbal de los

terapeutas. Si, como hipotetizamos, nuestra categorización de la conducta verbal del psicólogo en sesión guarda relación con su funcionalidad, estos perfiles estarían describiendo relaciones funcionales que se establecen en la interacción clínica y que podrían estar poniendo en marcha mecanismos de aprendizaje que podrían explicar, al menos en parte, el éxito (o el fracaso) de la terapia. Tal vez, con esta identificación de las *actividades* clínicamente relevantes y los patrones de actuación de los *psicólogos* a ellas asociados estamos descubriendo la otra cara de la moneda, la otra pieza del puzzle, de las aproximaciones analítico-funcionales centradas, hasta ahora, en las *conductas* clínicamente relevantes del *cliente* (Callaghan, Naugle y Follete, 1996; Kohlenberg y Tsai, 1991).

Ahora bien, ¿en qué se diferencian los patrones de actuación característicos de cada *actividad clínicamente relevante*? De acuerdo con los resultados del análisis discriminante realizado en el tercer estudio empírico, podríamos decir que hay tres dimensiones relacionadas con la conducta verbal de los terapeutas que ayudan a diferenciar de forma estadísticamente significativa estas actividades: la dimensión denominada *Discriminación-reforzamiento*, asociada con las categorías *Función discriminativa* y *Función de refuerzo*; la dimensión *Información*, relacionada con la categoría *Función informativa*; y la dimensión etiquetada como *Entrenamiento*, asociada con las categorías *Función de castigo*, *Función motivacional*, *Función instruccional* y *Otras*. Tal y como se refleja en la figura VIII.1, la *actividad clínicamente relevante* que hemos venido denominando *evaluación* se situaría, fundamentalmente, en el polo “discriminativo” de la dimensión *Discriminación-reforzamiento* mientras que la *consolidación* se localizaría en su extremo “reforzador”, la *explicación*, en cambio, destacaría, sobre todo, en la dimensión *Información*, siendo, por último, el *Entrenamiento* la dimensión característica de la *práctica/tratamiento*. ¿Significa esto que cuando el psicólogo evalúa lo que hace fundamentalmente es ejercer un control discriminativo sobre el comportamiento de su cliente, que cuando trata de explicar algo relevante en terapia su conducta verbal tiene una funcionalidad primordialmente informativa, que durante la aplicación y entrenamiento de técnicas en sesión no realiza ninguna acción diferente a la de instruir, castigar y presentar ciertas operaciones de establecimiento, o que cuando

pretende consolidar los cambios logrados pone en marcha procesos de reforzamiento de las verbalizaciones de éxito del cliente? Sin duda, aún hace falta mucha investigación futura antes de poder concluir que las funciones que suponemos se dan cuando el terapeuta interactúa con su cliente realmente ocurren.

Además del propósito de llegar a describir el proceso terapéutico de un modo general e independiente del cliente tratado, el caso analizado y el terapeuta observado, el tercer estudio empírico trató también de contrastar algunas hipótesis acerca de las diferencias que podrían existir entre psicólogos expertos e inexpertos en la conducta verbal emitida en sesión como un modo indirecto de aproximación al estudio de formas de actuación más o menos efectivas. Aunque este contraste no encontró las diferencias esperadas a un nivel de significación estadística entre los dos grupos comparados, mostró que la proporción de categorías registradas como *Función discriminativa* así como el porcentaje de tiempo de sesión categorizado como *Función motivacional* eran superiores en los registros observacionales de los clínicos con mayor experiencia que en los de los terapeutas inexpertos. Éstos, en cambio, superaban a los primeros en el porcentaje de verbalizaciones categorizadas como *Función evocadora* respecto al total de *categorías evento* registradas. La interpretación psicológica de estos resultados podría tener que ver con el desempeño de un papel más directivo (mayor control discriminativo) por parte de los terapeutas expertos, así como con una mayor confianza de éstos en las técnicas de intervención psicológica (basada, probablemente, en la propia experiencia clínica) que les llevaría a dedicar más tiempo de sesión a destacar los beneficios de su aplicación (*Función motivacional*). Por su parte, la superioridad de la *Función evocadora* en los registros de los terapeutas inexpertos tiene una explicación menos clara ya que podría deberse a la existencia de un caso atípico que estaría dando lugar a un valor promedio en esta variable artificialmente alto y poco representativo del resto de casos. De cualquier modo, el hecho de que no se encontraran las diferencias hipotetizadas entre los dos grupos de terapeutas analizados e, incluso, que algunas de las diferencias existentes al margen de la significación estadística fueran en contra de lo esperado, nos hace plantearnos importantes reflexiones. ¿Necesitamos analizar un mayor número de casos para que estas diferencias cobren

significación estadística? ¿Es posible que los patrones de comportamiento verbal de los terapeutas expertos e inexpertos difieran entre sí a un nivel multivariante que nuestros análisis univariantes no son capaces de identificar? ¿O es posible que las diferencias entre clínicos de mayor y menor experiencia no sean *cuantitativas* sino fundamentalmente *cualitativas*? En este sentido, puede que los terapeutas expertos sean, por ejemplo, más específicos en la presentación de instrucciones que los clínicos inexpertos dedicando el mismo o incluso menos tiempo que éstos a señalar lo que el cliente debe hacer fuera de sesión. Si tal y como señalan Martínez, Ortiz y González (2002) la precisión de las instrucciones es un importante factor a considerar en el estudio de las mismas, tal vez las diferencias cuantitativas que estamos tratando de evaluar nos dicen poco acerca de los comportamientos efectivos de los terapeutas durante el ejercicio de su profesión.

Evidentemente, aún es necesaria una gran cantidad de trabajo investigador antes de poder desentrañar en toda su complejidad el fenómeno clínico y llegar a identificar formas de actuación efectivas y/o eficientes. Sin embargo, el valor actual pero sobre todo potencial de nuestra aproximación al estudio del proceso terapéutico creemos que es algo más que reseñable. En primer lugar, porque contribuye a reducir la distancia que separa la investigación y la práctica clínica en la línea subrayada por Kazdin (2008) y por el movimiento recientemente promovido desde la APA para la identificación de la “práctica psicológica basada en la evidencia” (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006) a la que ya hacíamos alusión en el capítulo I. En segundo lugar, al igual que algunos autores han insistido en la importancia de formar a nuevos terapeutas en esas “prácticas basadas en la evidencia” (Hunsley, 2007), nosotros también consideramos que nuestra aproximación al estudio del proceso terapéutico puede tener mucho que aportar a la calidad de los programas de formación de nuevos psicólogos clínicos. Por último, entendemos que proponer modelos de actuación clínica ligados al cambio terapéutico puede constituir una herramienta muy útil para guiar la práctica de los terapeutas cuando se enfrentan a un caso particular. Este planteamiento compartiría en gran medida la filosofía que subyace a la denominada

“investigación centrada en el cliente” cuyo uso ha sido enfatizado recientemente (Lambert, 2001). Dicho paradigma de investigación en psicoterapia ha tratado de desarrollar nuevos procedimientos estadísticos con los que obtener un perfil de mejora (o falta de ella) para cada cliente particular y en relación con grupos de comparación que permita al terapeuta ir evaluando momento a momento si la curva de cambio de su cliente se corresponde con la esperada o es necesario introducir modificaciones en el tratamiento que ayuden a corregir las desviaciones que pudieran existir. La información sobre las curvas de cambio de casos concretos permitiría, a su vez, generar nuevos perfiles de mejora esperada para clientes con características similares, cerrándose así el círculo entre investigación y práctica clínica. Sin duda, nosotros necesitamos añadir el comportamiento del cliente y medidas del cambio terapéutico para que nuestro modelo pueda llegar a cumplir una función como la señalada pero creemos que combinar nuestro análisis detallado de la actuación del terapeuta con esa “investigación centrada en el cliente” puede ayudar enormemente a diseñar formas de intervención clínica más eficientes y ajustadas a cada caso particular.

Hasta este momento hemos tratado de exponer las conclusiones que, a nuestro entender, resultan más destacables de los estudios empíricos previamente presentados. A continuación y para poner fin a este último capítulo, vamos a comentar algunas de las líneas de investigación futura que se abren a partir del trabajo realizado.

2. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

Gran parte de las líneas de desarrollo futuro de nuestra investigación que se van a exponer a continuación ya han sido apuntadas en otras partes del presente documento, sin embargo, nos parece interesante enumerarlas de forma conjunta con el objetivo de mostrar una panorámica general del camino que queda por andar pero también de las múltiples potencialidades que nuestra propuesta de análisis del proceso terapéutico posee.

2.1. Futuras líneas de desarrollo de la metodología de investigación.

- ✧ Consideramos fundamental llevar a cabo nuevos estudios sobre el grado de concordancia inter e intraobservadores cuando se utiliza el *Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta* (SISC-CVT) para codificar el comportamiento de los psicólogos en sesión. Estos estudios deberían centrarse en la identificación de los factores que podrían estar influyendo en que los niveles de acuerdo aumenten o disminuyan, así como en la depuración de nuestro sistema de categorización con el objetivo de incrementar el grado de precisión de los observadores.
- ✧ Así mismo, sería conveniente realizar evaluaciones de la validez convergente (y/o divergente) de nuestro sistema de categorización comparando los resultados obtenidos tras la aplicación del SISC-CVT con los derivados de la utilización de otros sistemas de categorización de la conducta verbal como la *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS; Callaghan, Linnerooth, Ruckstuhl y Follette, En prensa) o el *Roter Interaction Analysis System* (RIAS; Roter, 1977), por poner algunos ejemplos.
- ✧ A pesar de las dificultades para obtener muestras representativas de casos, clientes y terapeutas en la investigación clínica, es fundamental ampliar el número y variedad de casos y sesiones analizadas con el fin de estudiar si los resultados y conclusiones encontrados se mantienen y se pueden generalizar más allá de los estudios concretos realizados

2.2. Futuras líneas de trabajo para el análisis del proceso terapéutico.

- ✧ Puede resultar de interés llevar a cabo una categorización más detallada de la conducta verbal emitida por el terapeuta en sesión de modo que podamos distinguir entre “tipos” y no sólo “porcentajes” de verbalizaciones *discriminativas, de refuerzo, evocadoras, de castigo, motivacionales, informativas y/o instruccionales*. Esta especificación no sólo nos proporcionaría una descripción más rica de lo que sucede en la clínica

cuando el terapeuta interactúa con su cliente, sino que además nos permitiría contrastar la hipótesis de que las diferencias entre terapeutas expertos e inexpertos en las variables referidas al comportamiento verbal manifestado en sesión son de naturaleza cualitativa más que cuantitativa.

- ✧ Por supuesto, la metodología de investigación del proceso terapéutico utilizada podría ser empleada para analizar en mayor profundidad fases concretas de la intervención clínica y/o técnicas específicas de tratamiento del modo sugerido en otros trabajos de nuestro equipo de investigación (Froján, Calero y Montaña, 2006, en prensa; Montaña, Calero y Froján, 2007).
- ✧ Por otra parte, incorporar a nuestro análisis la conducta del cliente constituye un paso ineludible para poder llevar a cabo un verdadero estudio de la interacción entre terapeuta y cliente y realizar un auténtico análisis funcional de dicha interacción. Para ello, será necesario crear y validar un nuevo sistema de categorización que permita codificar el comportamiento del cliente, siempre y cuando se compruebe que no existen códigos observacionales ya desarrollados y con suficientes garantías científicas que puedan ser utilizados en nuestra investigación. Asimismo, resultará fundamental aplicar procedimientos de análisis de datos como el análisis secuencial (Eide, Quera, Graugaard y Finset, 2004; Follette, Naugle y Callaghan, 1996) u otras propuestas más clásicas (Truax, 1966a) que permitan poner en relación la conducta de los dos miembros de la díada terapéutica y determinar su funcionalidad.
- ✧ Otra interesante línea de trabajo ya señalada en otras ocasiones consistiría en incorporar a nuestro análisis del proceso terapéutico medidas e indicadores de efectividad y eficiencia de los tratamientos que permitan estudiar los factores predictores y explicativos del cambio clínico.
- ✧ Por último, creemos que sería de enorme relevancia analizar los modos de proceder de terapeutas de distintos enfoques clínicos con el objetivo de contrastar la hipótesis de que los mecanismos que explican el cambio en terapia son los mismos independientemente del modelo teórico al que se

adscriba el terapeuta. De acuerdo con este planteamiento, lo que variaría de un enfoque a otro sería el grado de habilidad con el que el terapeuta manejaría las condiciones necesarias para potenciar dichos mecanismos, siendo esta variabilidad la que explicaría las diferencias observadas en eficacia, efectividad y eficiencia entre los distintos tipos de paradigmas terapéuticos.

Como vemos, el trabajo que queda por hacer para llegar a desentrañar el fenómeno clínico en toda su complejidad es mucho pero muy estimulante. Nosotros por nuestra parte esperamos que las conclusiones presentadas y las líneas de trabajo de ellas derivadas permitan acercarnos, aunque sólo sea ligeramente, a la consecución del único objetivo final que puede guiar la investigación clínica: contribuir a mejorar la calidad de la ayuda ofrecida a aquellas personas que solicitan tratamiento psicológico.

3. REFERENCIAS

- APA Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- APA Task Force on Psychological Intervention Guidelines (1995). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Ato, M., Benavente, A. y López, J.J. (2006). Análisis comparativo de tres enfoques para evaluar el acuerdo entre observadores. *Psicothema*, 18, 638-645.
- Ayllon, T. y Azrin, N. (1964). Reinforcement and instructions with mental patients. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 7, 327-331.
- Bakeman, R. (2000). Behavioural observation and coding. En H.T. Reis, y C.M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 138-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bakeman, R. y Gottman, J.M. (1989). *Observación de la interacción: introducción al análisis secuencial*. Madrid: Morata.
- Bakeman, R. y Quera, V. (1996). *Análisis de la interacción. Análisis secuencial con SDIS y GSEQ*. Madrid: RA-MA.
- 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.
- Barlow, D.H. (1996). The effectiveness of psychotherapy: Science and Policy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 236-240.
- Barlow, D.H. (2005). What's new about evidence-based assessment?. *Psychological Assessment*, 17, 308-311.
- Barnes-Holmes, D. (2005). Behavioral pragmatism is a-ontological, not antirealist: a reply to Tonneau. *Behavior and Philosophy*, 33, 67-79
- Barnes-Holmes, D. y Hayes, S.C. (2002). Relational frame theory is a behaviour analytic account. Is Tonneau's?. *European Journal of Behavior Analysis*, 3, 87-94.
- Baron, A. y Galizio, M. (1983). Instructional control of human operant behavior. *The Psychological Record*, 33, 495-520.
- Barraca, J. (2006). Las terapias conductuales de tercera generación: ¿parientes políticos o hermanos carnales? *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 145-157.
- Bastine, R., Fiedler, P., y Kommer, D. (1990). ¿Qué es psicoterapéutico en la psicoterapia? Aproximación sistemática a la investigación del proceso psicoterapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 1(1), 39-56.
- Bayés, R. (1984). ¿Por qué funcionan las terapias comportamentales? *Anuario de Psicología*, 30/31(1-2), 127-147.
- Bergin, A.E. y Garfield, S.L. (Eds.) (1971). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley.
- Bergin, A.E. y Garfield, S.L. (Eds.) (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª ed.). Nueva York: Wiley.
- 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. (2000). When empirical and clinical standards of practice meet. *American Psychologist*, 55(9), 997-1007.
- Bijou, S.W. y Baer, D.M. (1966). Operant methods in child behavior and development. En W. Honig (Ed.), *Operant behaviour: Areas of research and application* (pp. 718-789). Nueva York: Appleton Century Crofts.

- Brady, J.P., Davidson, G.C., Dewald, P.A., Egan, G., Fadiman, J., Frank, J.D., Gill, M.M., Horrman, I. y Kmpler, W. (1980). Some views on effective principles of psychotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 271-306.
- Brock, T.C., Green, M.C., Reich, D.A. y Evans, L.M. (1996). The Consumer Reports Study of psychotherapy: Invalid is invalid. *American Psychologist*, 51, 1083.
- Bromberg, W. (1962). *The nature of psychotherapy. A critique of the psychotherapeutic transaction*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. y Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
- Callaghan, G.M., Linnerooth, P.J.N., Ruckstuhl, L.E. y Follette, W.C. (en prensa). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: a behavioral psychotherapy coding system. *The Behavior Analyst Today*.
- Callaghan, G.M., Naugle, A.E. y Follette, W.C. (1996). Useful constructions of the client-therapist relationship. *Psychotherapy*, 33, 381-390.
- Callaghan, G.M., Summers, C.J., y Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical effectiveness using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 321-339
- Caro, I. (1999). La investigación de procesos: análisis de tareas y cambio terapéutico en la terapia lingüística de evaluación. *Psicologemas*, 13(25), 7-182.
- Cartwright, R. (1966). Analysis of qualitative material. En L. Festinger y D. Katz (Eds.), *Research methods in the behavioural sciences* (pp. 421-470). Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Castonguay, L.G., y Beutler, L.E. (2006). Principles of therapeutic change: a Task Force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62(6), 631-638.
- Castonguay, L.G., Constantino, M.J., y Grosse, M. (2006). The working alliance: where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 271-279.
- Catania, A.C. (1989). Rules as classes of verbal behaviour: a reply to Glenn. *The Analysis of Verbal Behavior*, 7, 49-50.
- Catania, A.C. (1992). *Learning* (3ª ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Catania, A.C. (1998). The taxonomy of verbal behaviour. En K.A. Lattal y M. Perone (Ed.), *Handbook of research methods in human operant behavior* (pp. 405-433). Nueva York: Plenum Press.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R, Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Johnson, S.B., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A. y Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated therapies (II). *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3-16.
- Chambless, D.L. y Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Soham, V., Bennet-Johnson, S., Pope, K.S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S.R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D.A. y McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49(2), 5-22.

- Chase, P.N. y Danforth, J.S. (1991). The role of rules in concept learning. En L.J. Hayes y P.N. Chase (Eds.), *Dialogues on verbal behaviour* (pp. 205-225). Reno, NV: Context Press.
- Chomsky, N. (1959). A review of B.F. Skinner's Verbal Behavior. *Language*, 35, 26-58.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). Psychometric properties of the spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOI). *Psicothema*, 16(4), 702-705.
- Corrigan, P.W. (2001). Getting ahead of the data: A threat to some behavior therapies. *The Behavior Therapist*, 24(9), 189-193.
- Crespo, M. y Larroy, C. (1998). *Técnicas de modificación de conducta. Guía práctica y ejercicios*. Madrid: Dykinson.
- Cruzado, J.A., Labrador, F.J. y Muñoz, M. (1993). Introducción a la modificación y terapia de conducta. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 31-46). Madrid: Pirámide.
- Dattilio, F.M. y Norcross, J.C. (2006). Psychotherapy integration and emergente of instinctual territoriality. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 8(1), 5-16.
- De Pablo, J. (1996). *Psicofarmacología y terapia de conducta*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Dollard, J. y Miller, N. (1978). *Personalidad y Psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Trabajo original publicado en 1950)
- Dymond, S., O'Hora, D., Whelan, R. y O'Donovan, A. (2006). Citation analysis of Skinner's Verbal Behavior: 1984-2004. *The Behavior Analyst*, 29(1), 75-88.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Salaberría, K. (1998). Terapia de conducta y tratamientos psicofarmacológicos. En M.A. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta* (Vol. 1, pp. 133-165). Madrid: Dykinson.
- Eide, H., Quera, V., Graugaard, P. y Finset, A. (2004). Physician-patient dialogue surrounding patients' expresión of concern: applying sequence analysis to RIAs. *Social Science & Medicine*, 59, 145-155.
- Elliot, R. (1991). Five dimensions of therapy process. *Psychotherapy Research*, 1, 92-103.
- Elliot, R. (1998). Editor's introduction: a guide to the empirically supported treatments controversy. *Psychotherapy Research*, 8(2), 115-125.
- Elliot, A.L., Miltenberger, R.G., Kaster-Bundgaard, J. y Lumey, V. (1996). A national survey of assessment and therapy techniques used by behavior therapists. *Cognitive and Behavioral Practice*, 3, 107-125.
- Elliot, A.L., Stiles, W.B. y Shapiro, D.A. (1993). Are some therapies more equivalent than others?. En T.R. Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 455-479). Nueva York: Plenum Press.
- Erlbaum, L. (1998). Special issue: empirically supported psychosocial interventions for children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 138-226.
- Evans, I.M. (2005). Catching the third wave of behavior therapy. *PsycCRITIQUES*, 50(49).
- Eysenck, H.J. (1978). An exercise in mega-silliness. *American Psychologist*, 33, 517.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Eysenck, H.J. (1993). Forty years on: The outcome problem in psychotherapy revisited. En T.R. Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 3-20). Nueva York: Plenum Press.

- Eysenck, H.J. (1994). The outcome problem in psychotherapy: what have we learned?. *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 477-495.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). Características básicas de la evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.): *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (pp. 85-110). Madrid: Pirámide.
- Fleiss, J.L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. Nueva York: Wiley.
- 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.
- Frank, J.D. (1982). Therapeutics component shared by all psychotherapies. En J. Harvey y M.M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change* (pp. 5-37). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Franks, C.M. (1991). Orígenes, historia reciente, cuestiones actuales y estatus futuro de la terapia de conducta: una revisión conceptual. En V. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 3-26). Madrid: Siglo XXI
- Freixa, E. (2003). ¿Qué es conducta?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 595-613.
- Froján, M.X., Calero, A., y Montaña, M. (2006). Procesos de aprendizaje en las técnicas de reestructuración semántica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(143), 287-305.
- Froján, M.X., Calero, A. y Montaña, M. (en prensa). Analysis of the therapist's verbal behavior during cognitive restructuring debates. A case study. *Psychotherapy Research*.
- Froján, M.X., Montaña, M. y Calero, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema*, 18(4), 797-803.
- Galizio, M. (1979) Contingency-shaped and rule governed behaviour: Instructional control of human loss avoidance. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 31, 53-70.
- Garfield, S.L. (1980). *Psychotherapy: An eclectic approach*. Nueva York: Wiley.
- Garfield, S.L. (1990). Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 273-280.
- Garfield, S.L. (1996). Some problems associated with "validated" forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 218-229.
- Garfield, S.L. y Bergin, A.E. (Eds.) (1978). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2ª ed.). Nueva York: Wiley.
- Garfield, S.L. y Bergin, A.E. (Eds.) (1986). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3ª ed.). Nueva York: Wiley.
- Garfield, S.L. y Bergin, A.E. (1994). Introduction and historical overview. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª ed., pp. 3-18). Nueva York: Wiley.
- Glenn, S. S. (1987). Rules as environmental events. *The Analysis of Verbal Behavior*, 5, 29-32.
- Goldfried, M.R. (1982). On the history of therapeutic integration. *Behavior Therapy*, 13, 572-593.
- Goldfried, M.R. (1996). *De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Goldfried, M.R. y Padawer, W. (1982). Current status and future directions in psychotherapy. En M.R. Goldfried (Ed.), *Converging themes in psychotherapy*.

- Trends in psychodynamic, humanistic, and behavioral practice*. Nueva York: Springer.
- Goldfried, M.R. y Wolfe, B.E. (1996). Psychotherapy practice and research: Repairing a strained alliance. *American Psychologist*, 51, 1007-1016.
- Goldstein, M.R. y Krasner, L. (1991). *La psicología aplicada moderna*. Madrid: Pirámide. (Trabajo original publicado en 1987).
- González, H. y Pérez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?*. Madrid: Alianza Editorial.
- Grawe, K. (2002). *Psychological psychotherapy*. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Greenberg, L.S. (1992). Task analysis: identifying components of intrapersonal conflict resolution. En S. Toukmanian y D. Rennie (Comps.): *Psychotherapy process research. Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 22-50). Newbury Park: Sage.
- Greenberg, L.S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 17(1), 15-30.
- Grencavage, L.M. y Norcross, J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372-378.
- 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 Reference Manual. 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.
- Hayes, S.C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N. Jacobson (Ed.): *Psychotherapists in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (Eds.) (2001). *Relational frame theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers
- Hayes, S.C., Blackledge, J.T. y Barnes-Holmes, D. (2001). Language and cognition: constructing an alternative approach within the behavioral tradition. En S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes y B. Roche (Eds.): *Relational frame theory. A post-skinnerian account of human language and cognition* (pp. 3-20). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, A.M., Castonguay, L.G. y Goldfried, M.R. (1996). The study of change in psychotherapy: a reexamination of the process-outcome correlation paradigm. Comment on Stiles and Shapiro (1994). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 909-914.
- Hayes, S.C. y Hayes, L.J. (1989). The verbal action of the listener as a basis for rule-governance. En S.C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 153-190). Nueva York: Plenum Press.
- Hayes, S.C. y Leonhard, C. (1994). Un enfoque analítico conductual alternativo de la conducta verbal. *Revista Mexicana de Psicología*, 11(1), 69-86.
- Hayes, S.C. y Wilson, K.G. (1994). Acceptance and commitment therapy: altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303.

- Hayes, S. C., Zettle, R. D. y Rosenfarb, I. (1989). Rule-following. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 191-220). New York: Plenum Press.
- Hill, C.E. y Corbett, M.M. (1993). A perspective on the history of process and outcome research in counselling psychology. *Journal of Counselling Psychology*, 40(1), 3-24.
- Hill, C.E. y Lambert, M.J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy process and outcome. En M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5ª ed., pp.84-135). Nueva York: John Wiley.
- Hill, C.E., Nutt, E.A. y Jackson, S. (1994). Trends in psychotherapy process research: samples, measures, researchers and classic publications. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 364-377.
- Hollon, S.D. (1996). The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative to medication. *American Psychologist*, 51, 1025-1030.
- Hope, D.A. y Hayes, A. (Ed.) (2007). New approaches to the study of change in cognitive behavioral therapies. *Clinical Psychology Review*, 27(6), 679-768.
- Horvath, A.O. y Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Hunsley, J. (2007). Training psychologists for evidence-based practice. *Canadian Psychology*, 48(1), 32-42.
- Hunsley, J., Dobson, K.S., Johnston, C. y Mikail, S.F. (1999). Empirically supported treatments in psychology: implications for Canadian professional psychology. *Canadian Psychology*, 40, 289-302.
- Hynan, M.T. (1981). On the advantages of assuming that the techniques of psychotherapy are ineffective. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 18, 11-13.
- Jaccard, J. y Dittus, P. (1990). Idiographic and nomothetic perspectives on research methods and data analysis. En C. Hendrick y M.S. Clark (Eds.), *Research methods in personality and social psychology*. Newbury Park: Sage Pub.
- Jacobson, N.S. y Christensen, A. (1996). Studying the effectiveness of psychotherapy: How well can clinical trials do the job?. *American Psychologist*, 51, 1031-1039.
- Jansen, R.G., Wiertz, L.F., Meyer, E.S. y Noldus, L.P.J.J. (2003). Reliability analysis of observational data: problems, solutions, and software implementation. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 35(3), 391-399.
- Jones, M.C. (1924). Elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology*, 7(5), 382-390.
- Jones, E. E., Cummings, J. D. y Horowitz, M. J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 48-55.
- Kahng, S.W. e Iwata, B.A. (1998). Computerized systems for collecting real-time observational data. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 253-261.
- Kantor, J.R. (1936). *An objective psychology of grammar*. Bloomington, IN: Indiana University Publications.
- Kantor, J.R. (1958). *Interbehavioral psychology: a sample of scientific system construction*. Bloomington, IN: Principia Press.
- Kazdin, A. E. (1996). *Validated treatments: Multiple perspectives and issues-Introduction to the series*. Clinical Psychology: Science and Practice, 3, 216-217.
- Kazdin, A.E. (1983). *Historia de la modificación de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1978).

- Kazdin, A.E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 95-105.
- Kazdin, A.E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents: Directions of research and practice*. Nueva York: Oxford University Press.
- Kazdin, A.E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Prentice Hall.
- 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.
- Kiesler, D.J. (1973). *The process of psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1995). I speak therefore I am: a behavioral approach to understanding problems of the self. *The Behavior Therapist*, 18, 113-116.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (2008). *FAP. Psicoterapia analítica funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Málaga: Universidad de Málaga.
- Kopta, S.M., Lueger, R.J., Saunders, S.M. y Howard, K.I. (1999). Individual psychotherapy outcome and process research: Challenges leading to greater turmoil or a positive transition? *Annual Review of Psychology*, 50, 441-469.
- Labrador, F.J. (1986). Controversia sobre una posible convergencia entre los distintos acercamientos terapéuticos o de intervención. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 4(3), 259-302.
- 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. (1986). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy, En J.C. Norcross (Ed.): *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 436-462). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Lambert, M.J. (2001). Psychotherapy outcome and quality improvement: patient-focused research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 147-149.
- Lambert, M.J. (Ed.) (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5ª ed.). Nueva York: Wiley.
- Lambert, M.J. y Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª ed., pp. 270-376). Nueva York: Wiley.
- Lambert, M.J., Bergin, A.E. y Garfield, S.L. (2004). Introduction and historical overview. En M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5ª ed.) (pp. 3-15). Nueva York: John Wiley.
- Lambert, M.J. y Hill, C.E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª ed., pp. 72-113). Nueva York: Wiley.
- Lambert, M.J., Shapiro, D.A. y Bergin, A.E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3ª ed., pp. 157-211). Nueva York: Wiley.
- Lampropoulos, G.K. (2000). Evolving psychotherapy integration: eclectic selection and prescriptive applications of common factors in therapy. *Psychotherapy*, 37(4), 285-297.
- Landis, J.R. y Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.

- Lazarus, A.A. (1977). Has behavior therapy outlived its usefulness?. *American Psychologist*, 32, 550-554.
- Lazarus, A.A. (1981). *The practice of multimodal therapy. Systematic, comprehensive, and effective psychotherapy*. Nueva York: Springer (trad. Cast., Buenos Aires: Editorial IPPEM, 1983).
- Lazarus, A.A. (1992). Multimodal therapy: Technical eclecticism with minimum integration. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (p.231-263). Nueva York. Basic Books.
- Lazarus, A.A. (1996). The utility and futility of combining treatments in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 59-68.
- Lazarus, A.A. (2000). Multimodal therapy. En A.E. Kazdin, *Encyclopedia of psychology*, Vol. 5. (pp. 344-345). Nueva York: Oxford University Press.
- Lazarus, A.A. (2006). *Brief but comprehensive psychotherapy: The multimodal way*. Nueva York: Springer.
- Lieberman, L.R. (1969a). Reinforcement and non reinforcement in Rogerian psychotherapy: A critique. *Perceptual and Motor Skills*, 28, 559-565.
- Lieberman, L.R. (1969b). Reinforcement in Rogerian psychotherapy: Rejoinder. *Perceptual and Motor Skills*, 29, 861-862.
- Lipsey, M.W. y Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- Llewelyn, S. y Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 1-21.
- Luborsky, L. (1995). Are common factors across different psychotherapies the main explanation for the Dodo bird verdict that "everybody has won so all shall have prizes"? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 106-109.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T., Berman, J.S., Levitt, J.T., Seligman, D.A. y Krause, E.D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well-mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12.
- Luborsky, L., Singer, B. y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Luciano, M.C. (2000). Applications of research on rule-governed behavior. En J.C. Leslie y D. Blackman (Ed.), *Experimental and applied analysis of human behavior* (pp. 181-204). Reno, NV: Context Press.
- Luciano, M.C., Barnes-Holmes, Y y Barnes-Holmes, D. (2002). Establishing reports of saying and doing and discriminations of say-do relations. *Research in Developmental Disabilities*, 23, 406-421.
- Luciano, M.C., Herruzo, J. y Barnes-Holmes, D. (2001). Generalization of say-do correspondence. *The Psychological Record*, 51, 111-130.
- Maciá, D., Méndez, F.X. y Olivares, J. (1993). *Técnicas de intervención y tratamiento psicológico*. Valencia: Promolibro.
- MacLin, O.H. y MacLin, M.K. (2005). Coding observational data: a software solution. *Behavior Research Methods*, 37(2), 224-231.
- Mahoney, M.J. (1983). *Cognición y modificación de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1974).
- Mahrer, A.R. (1988). Discovery-oriented psychotherapy research: rationale, aims and methods. *American Psychologist*, 43(9), 694-702.

- Mahrer, A.R. y Boulet, D.B. (1999). How to do discovery-oriented psychotherapy research. *Journal of Clinical Psychology*, 55(12), 1481-1493.
- Malott, R. W. (1989). The achievement of evasive goals: control by rules describing contingencies that are not direct acting. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 269-322). Nueva York: Plenum Press.
- Marsden, G. (1971). Content-analysis studies of psychotherapy: 1954 through 1968. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 345-407). Nueva York: Wiley.
- Martin, P. y Bateson, P. (1986). *Measuring behaviour: An introductory guide*. Cambridge: Cambridge University Press
- Martin, G. y Pear, J. (2007). *Behavior modification: what it is and how to do it*. New Jersey: Prentice Hall.
- Martínez, F.H. (1991). Conducta verbal: ¿una teoría o una extensión?. *Apuntes de Psicología*, 33, 83-95.
- Martínez, H., Ortiz, G. y González, A. (2002). Precisión instruccional, retroalimentación y eficacia: efectos sobre el entrenamiento y transferencia en una tarea de discriminación condicional en adultos. *Acta Colombiana*, 8, 7-33.
- Martínez, H. y Ribes, E. (1996). Interactions of contingencies and instructional history on conditional discrimination. *The Psychological Record*, 46, 301-318.
- Martínez, H. y Tamayo, R. (2005). Interactions of contingencies, instructional accuracy, and instructional history in conditional discrimination. *The Psychological Record*, 55, 633-646.
- Matthews, B. A., Catania, A. C. y Shimoff, E. (1985). Effects of uninstructed verbal behavior on non verbal responding: contingency descriptions versus performance descriptions. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 43, 155-164.
- Mayor, J. y Labrador, F.J. (1984). Fundamentos teóricos y metodológicos de la modificación de conducta. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.), *Manual de modificación de conducta* (pp. 9-92). Madrid: Alhambra.
- McNemar, Q. (1962). *Psychological statistics (3ª ed.)*. Nueva York: Wiley.
- Méndez, F.X., Orgilés, M. y Espada, J.P. (2006). Tratamiento de un caso de fobia a la oscuridad por medio de los padres. En F.X. Méndez, J.P. Espada y M. Orgilés (Coord.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos*. Madrid: Pirámide.
- Miller, S., Wampold, B. y Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: a meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 18(1), 5-14.
- Mintz, J., Drake, R.E. y Crits-Christoph, R. (1996). Efficacy and effectiveness of psychotherapy: Two paradigms, one science. *American Psychologist*, 51, 1084-1085.
- Montaño, M., Calero, A. y Froján, M.X. (2007, Julio). *Behavioural assessment: a functional analysis of therapists' verbal behaviour*. Póster presentado en el 5º Congreso Mundial de Terapias Cognitivo-Conductuales, Barcelona.
- Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (Eds.) (1998). *A guide to treatments that work*. Nueva York: Oxford University Press.
- Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (Eds.) (1998). *A guide to treatments that work*. Nueva York: Oxford University Press.
- Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (Eds.) (2002). *A guide to treatments that work (2ª ed.)*. Nueva York: Oxford University Press.

- Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (Eds.) (2007). *A guide to treatments that work (3ª ed.)*. Nueva York: Oxford University Press.
- Ninnes, H.A.C., Glenn, S.S., y Ellis, J. (1993). *Assessment and treatment of emotional or behavioural disorders*. Westport, CN: Praeger.
- Norcross, J.C. (2001). Purposes, processes, and products of the Task Force on empirically supported therapy relationship. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 345-356.
- Norcross, J.C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Nueva York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Nueva York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C., Beutler, L.E., Levant, R.F. (Eds.) (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Norcross, J.C., y Goldfried, M.R. (2005a). *Handbook of psychotherapy integration (2nd ed.)*. Nueva York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C., y Goldfried, M.R. (2005b). The future of psychotherapy integration: a roundtable. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(4), 392-471.
- Norcross, H.C., Hedges, M. y Castle, P.H. (2002). Psychologists conducting psychotherapy in 2001: a study of the Division 29 membership. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 97-102.
- O'Donohue, W. y Kitchener, R.F. (Eds.) (1999). *Handbook of behaviorism*. Nueva York: Academic Press.
- O'Donohue, W. y Krasner, L. (1995). *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- O'Hora, D. y Barnes-Holmes, D. (2001). The referential nature of rules and instructions: a response to Instructions, rules, and abstraction: a misconstrued relation by Emilio Ribes-Iñesta. *Behavior and Philosophy*, 29, 21-25.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H. y Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. En M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change (5ª ed., pp. 307-389)*. Nueva York: John Wiley.
- Pachankis, J.E. y Goldfried, M.R. (2007). On the next generation of process research. *Clinical Psychology Review*, 27, 760-768.
- Pérez, M. (1996a). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez, M. (1996b). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez, M. (1998). La psicología clínica desde el punto de vista contextual. *Papeles del Psicólogo*, 69, 25-40.
- Pérez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. y Amigo, I. (2003). El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos. Análisis de la situación actual. En M. Pérez, J.R.

- Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (I). Adultos* (pp. 17-34). Madrid: Pirámide.
- Pérez, V., Gutiérrez, M.T., García, A. y Gómez, J. (2005). *Procesos psicológicos básicos. Un análisis funcional*. Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- Persons, J.B. (1991). Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy. A proposed remedy. *American Psychologist*, 46(2), 99-106.
- Poppen, R. L. (1989). Some clinical implications of rule-governed behavior. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 325-357). Nueva York: Plenum Press.
- Potter, B.A. (1980). *Turning around: The behavioral approach to managing people*. Nueva York: AMACOM.
- Prochaska, J.O. y Diclemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J.O y DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in modification of problem behaviors. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.): *Progress in behavior modification* (pp. 184-218). Newbury Park, CA: Sage.
- Prochaska, J.O. y Norcross, J.C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy*, 38(4), 443-448.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C. and Fava, J. (1988) Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.
- Quera, V. (1991). Muestreo y registro observacional. En M.T. Anguera (Ed.), *Metodología observacional en la investigación psicológica (Vol. 1)* (pp. 241-327). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Ribes, E. (1990). *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*. México: Trillas.
- Ribes, E. (2000). Instructions, rules, and abstraction: a misconstrued relation. *Behavior and Philosophy*, 28, 41-55.
- Ribes, E. y Martínez, H. (1990) Interaction of contingencies and rule-instructions in the performance of human subjects in conditional discrimination. *The Psychological Record*, 40, 565-586.
- Roca, J. (2006). *Psicología. Una introducción teórica*. Girona: Documenta Universitaria.
- Rosen, G.M. y Davison, G.C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification*, 27(3), 300-312.
- Rosenfarb, I. S. (1992). A behaviour analytic interpretation of the therapeutic relationship. *Psychological Record*, 42(3), 341-354.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Roter, D.L. (1977). Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality on interaction, satisfaction and compliance. *Health Education Monographs*, 5, 281-315.
- Roth, A.D. y Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. Nueva York: Guilford.
- Sammons, M.T. y Nathan, P.E. (2006). Interventions: Empirically Supported Treatments. En J.R. Matthews y C.E. Walker. *Your practicum in psychology: A guide for*

- maximizing knowledge and competence.* (pp. 157-185). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Santolaya, F., Berdullas, M. y Fernández, J. R. (2002). La década 1989-1998 en la psicología española: análisis del desarrollo de la psicología profesional en España. *Papeles del psicólogo*, 82, 65-82.
- Sarwer, D.B. y Sayers, S.L. (1998). Behavioral interviewing. En A.S. Bellack y M. Hersen (Ed.), *Behavioral assessment. A practical handbook* (4ª ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Schlinger, H. D. (1990). A reply to behaviour analysts writing about rules and rule-governed behaviour. *The Analysis of Verbal Behavior*, 8, 77-82.
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Shapiro, D.A. y Shapiro, D. (1982a). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Shapiro, D.A. y Shapiro, D. (1982b). Meta-analysis of comparative therapy outcome research: A critical appraisal. *Behavioral Psychotherapy*, 10, 4-25.
- Silverman, W.H. (1996). Cookbooks, manuals, and paint-by-numbers: Psychotherapy in the 90's. *Psychotherapy*, 33, 207-215.
- Skinner, B.F. (1938). *The behavior of organisms*. Nueva York: Appleton Century Crofts.
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal behavior*. Nueva York: Appelton-Century-Crofts.
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal Behavior*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B.F. (1966). An operant analysis of problem solving. En B. Kleinmuntz (Ed.), *Problem solving: Research, method and theory* (pp. 225-257). Nueva York: Wiley.
- Skinner, B.F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Smith, M.L. y Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760.
- Smith, M.L., Glass, G.V. y Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Smith, E.C. y Grawe, K. (2003). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 275-285.
- Smith, E.C. y Grawe, K. (2005). Which therapeutic mechanisms work when? A step towards the formulation of empirically validated guidelines for therapists' session-to-session decisions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 112-123.
- Spirito, A. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 87-174.
- Staats, A. W. (1983). *Aprendizaje, lenguaje y cognición*. México: Trillas (Trabajo original publicado en 1967).
- Stiles, W.B. (1996). When more of a good thing is better: reply to Hayes et al. (1996). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 915-918.
- Stiles, W.B., Barkham, M., Mellor-Clark, J. y Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: Replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 38(5), 677-688.
- Stiles, W.B. y Shapiro, D.A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 942-948.

- Strauss, B.M. y Kaechele, H. (1998). The writing on the wall: comments on the current discusión about empirically validated treatments in Germany. *Psychotherapy Research*, 8, 158-170.
- Stricker, G., Abrahamson, D.J., Bologna, N.C., Hollon, S.D., Robinson, E.A. y Reed, G.M. (1999). Treatment guidelines: the good, the bad, and the ugly. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(1), 69-79.
- Strupp, H.H. (1973). Foreword. En D. J. Kiesler (Ed.): *The process of psychotherapy* (pp. xiii-xvi). Chicago: Aldine.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1993). Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. *A report adopted by the APA Division 12 Board*, October 1993, 1-17.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and Dissemination of Empirically-Validated Psychological Treatments: Report and Recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Terraz, O., de Roten, Y., de Roten, F.C., Drapeau, M., y Despland, J.N. (2004). Sequential therapist interventions and therapeutic alliance: a pilot study. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 155(3), 111-117.
- Tonneau, F. (2004). Verbal understanding and Pavlovian Processes. *The Behavior Analyst Today*, 5(2), 158-169.
- Tonneau, F., Arreola, F. y Martínez, A. G. (2006). Function transformation without reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 85, 393-405.
- Truax, C.B. (1966a). Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian Psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 1-9.
- Truax, C.B. (1966b). Some implications of behavior therapy for psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 13(2), 160-170.
- Truax, C.B. (1969). "Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy": A reply. *Perceptual and Motor Skills*, 29, 701-702.
- Turkat, I.D. (Ed.) (1985). *Behavioral case formulation*. Nueva York: Plenum Press.
- VandenBos, G.R. (1996a). Outcome assessment of psychotherapy. [Número especial]. *American Psychologist*, 51(10).
- VandenBos, G.R. (1996b). Outcome assessment of psychotherapy. *American Psychologist*, 51, 1005-1006.
- Varela, J.A. (2008). *Conceptos básicos del interconductismo*. México: Universidad de Guadalajara.
- Vaughan, M. (1989). Rule-governed behavior in behavior analysis: a theoretical and experimental history. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 97-118). Nueva York: Plenum Press.
- Vila, J. (1997). Los efectos de la terapia de conducta. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 50, 503-511.
- 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.
- Watson, G. (1940). Areas of agreement in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 10, 698-709.

-
- Weinberger, J. y Rasco, C. (2007). Empirically supported common factors. En S.G. Hofmann y J. Weinberger (Ed.), *The art and science in psychotherapy* (pp. 103-129).
- Wilson, G.T. (1996). Empirically validated treatments: Reality and resistance. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 241-244.
- Wilson, G.T. (1997). Behavior therapy at century close. *Behavior Therapy*, 28, 449-457.
- Wilson, K.G. y Blackledge, J.T. (2000). Recent developments in the behavioral analysis of language: making sense of clinical phenomena. En M.J. Dougher (Ed.): *Clinical behavior analysis* (pp. 27-46). Reno: Context Press.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wilson, G.T. y O'Leary, K.D. (1980). *Principles of behavior therapy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Wolfe, B.E. (2006). Employing Empirically Supported Treatments: A Research-Informed Clinical Practitioner Perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 171-178.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

ANEXOS

ANEXO A

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Grabación de sesiones clínicas

Usted tiene derecho a ser informado de cualquier grabación que se realice de las sesiones clínicas en las que participe. Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a las grabaciones que, dado el caso, se realizarían de estas sesiones. Léalo atentamente y consulte con el psicólogo todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, usted tendrá que firmar el consentimiento informado para que podamos realizar las grabaciones y, en caso de que no dé su consentimiento, estas grabaciones nunca serán tomadas. La participación en este estudio es completamente voluntaria y su negativa a participar no conllevará la pérdida de beneficio alguno en el tratamiento psicológico.

1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN EN MARCHA

Desde la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid se está llevando a cabo un proyecto de investigación para el análisis de las variables asociadas al cambio de conducta en terapia. El objetivo último de esta investigación es la identificación de los factores relacionados con el cambio en la clínica en un intento por comprender mejor el fenómeno terapéutico. Para ello se analizará fundamentalmente el comportamiento verbal del psicólogo, con el fin de estudiar la interacción entre el psicólogo y la persona que recibe tratamiento psicológico pero nunca se juzgará o valorará el comportamiento de la persona que recibe tratamiento psicológico.

Sólo con un estudio riguroso, sistemático y, en definitiva, científico, estaremos en disposición de entender qué elementos están relacionados con el éxito y el fracaso en terapia y será posible idear formas de mejorar la actuación de los psicólogos en la clínica, pudiendo así ofrecer un mejor servicio a todas aquellas personas que soliciten su ayuda. Para que este proyecto pueda llevarse a cabo, se hace imprescindible la colaboración de terapeutas y clientes que nos permitan el estudio del proceso terapéutico en el que se van a ver inmersos. Por este motivo, nos gustaría solicitar su consentimiento para poder llevar a cabo la observación de la terapia que está a punto de iniciar.

2. PROCEDIMIENTO DE GRABACIÓN

La grabación se realizará, en caso de obtener su consentimiento, a través de un circuito cerrado de cámara y vídeo instalado en el centro. Durante la grabación de las sesiones clínicas únicamente se enfocará al terapeuta, por lo que su imagen nunca será grabada, si bien tanto su voz como la del psicólogo podrán ser escuchadas.



3. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Las grabaciones serán utilizadas únicamente con fines de investigación y solamente por parte del personal investigador que forma parte del proyecto, guardándose siempre las grabaciones en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información.

Al realizar el análisis de datos, en ningún caso se harán públicos los datos relativos a la identidad ni otros datos personales de la persona que recibe tratamiento psicológico, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

4. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si, en el caso de consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la terapia o tras ésta usted desea dejar de colaborar en nuestra investigación, le rogamos que nos lo comunique e inmediatamente se dejarán de grabar las sesiones y/o se destruirán todos los vídeos existentes y/o registros derivados de la observación de los mismos. Esto no supondrá en ningún caso perjuicio alguno para el tratamiento psicológico que usted esté recibiendo.

5. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dña. he leído el documento de consentimiento informado que me ha entregado el/la psicólogo/a Don/Dña., he comprendido las explicaciones que éste/a me ha facilitado acerca de la investigación que se está llevando a cabo en la Universidad Autónoma de Madrid y el/la psicólogo/a me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de investigación.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO que se realicen las grabaciones de las sesiones clínicas que ahora comienzo y que sean utilizadas para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

En Madrid, a de de 200...

Firmado:

Don/Dña. _____
(El/la cliente)



Yo, Don/Dña....., declaro que he discutido el contenido de este documento de consentimiento informado con el /la arriba firmante.

Firma del psicólogo/a:

Don/Dña. _____

ANEXO B

SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL DEL TERAPEUTA (SISC-CVT)

**SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL DEL
TERAPEUTA (SISC-CVT)**

Tabla de contenidos

1. Breve descripción de las categorías incluidas en el SISC-CVT	2
2. Comentarios generales	3
2.1. Conducta a categorizar	3
2.2. Criterios generales de categorización	3
2.3. Tipos de categorías	4
2.4. Registro de las categorías estado y las categorías evento	4
3. Criterios específicos de categorización	5
3.1. Función discriminativa	5
3.2. Función evocadora	10
3.3. Función de refuerzo	11
3.4. Función de castigo	16
3.5. Función informativa	18
3.6. Función motivacional	21
3.7. Función instruccional	24
3.8. Otras	24
3.9. Un caso especial: cuando es el cliente el que adopta un papel más directivo en la interacción	26

1. BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS INCLUIDAS EN EL SISC-CVT.

- 1.1 Función discriminativa. (*Categoría evento*) Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del cliente (verbal o no) que va seguida de reforzamiento o castigo.
- 1.2 Función evocadora. (*Categoría evento*) Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o no.
- 1.3 Función de refuerzo. (*Categoría evento*) Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación, de la conducta emitida por el cliente.
- 1.4 Función de castigo. (*Categoría evento*) 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.
- 1.5 Función informativa. (*Categoría estado*) Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta.
- 1.6 Función instruccional. (*Categoría estado*) 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.
- 1.7 Función motivacional. (*Categoría estado*) Verbalizaciones 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.
- 1.8 Otra. (*Categoría evento*) Cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores.

2. COMENTARIOS GENERALES.

2.1 Conducta a categorizar. Únicamente se categorizará el comportamiento verbal del terapeuta, nunca la conducta no verbal aunque ésta pueda ser tomada en cuenta para decidir cómo codificar las verbalizaciones del clínico.

Decidimos no codificar los fragmentos finales de las sesiones en los que se acuerda la fecha y la hora de la próxima cita pues, de hecho, en muchas ocasiones esta parte de la sesión se da fuera del despacho del psicólogo y no tenemos acceso a ella.

Aunque inicialmente dudamos si registrar los bloques en los que terapeuta y cliente hablan sobre temas que no tienen que ver con el motivo de consulta, al final decidimos hacerlo registrando cada una de las verbalizaciones que aparezcan. Sin embargo, creemos que en un futuro próximo se podrían establecer bloques que agrupen todas estas interacciones para analizarlos de forma molar y no tan molecularmente.

2.2 Criterios generales de categorización. Cuando puedan estar coincidiendo varias categorías en una misma verbalización, se registrará aquella que se considere con mayor relevancia desde un punto de vista terapéutico.

En la medida de lo posible, se dará preferencia al análisis de lo que sucede EN sesión, es decir, a los efectos de la conducta del terapeuta en el propio contexto clínico y no tanto a su posible funcionalidad fuera de él. Es decir, independientemente de que sabemos que lo que sucede en sesión indudablemente repercute en la conducta del cliente fuera de ella, nos centraremos sobre todo en estudiar el efecto que las verbalizaciones del psicólogo poseen en el contexto clínico. Así, por ejemplo, la *Función instruccional* se marcará sólo cuando las pautas para actuar fuera de sesión aparezcan claramente señaladas, en caso contrario, se categorizará la verbalización correspondiente como *Función discriminativa*, por ejemplo. No podemos, en cambio, seguir el mismo criterio con las categorías *Función motivacional* y *Función informativa* ya que sus efectos también pueden darse dentro de la clínica.

En algunas ocasiones será fundamental que atendamos a las consecuencias que siguen a las verbalizaciones del terapeuta para determinar la posible función de una verbalización previa (ver ejemplos de este acuerdo general en el caso de la diferencia entre las categorías *Función discriminativa* y *Función de refuerzo*, así como en el caso de los “Discriminativos fallidos” mencionados en el apartado correspondiente a la categoría *Otras*.

Una misma verbalización puede dividirse en fragmentos para su categorización. Es decir, no porque una verbalización del terapeuta forme parte gramaticalmente hablando de un mismo párrafo ha de asignarse una única categoría al párrafo en su totalidad. Sin embargo, ha de tener cuidado de no segmentar excesivamente las verbalizaciones del terapeuta y marcar la categoría predominante. Por ejemplo, si hay una breve verbalización que podría registrarse como *Función informativa* dentro de un párrafo amplio donde se dan los criterios para registrar la *Función motivacional*, deberíamos considerar toda la intervención dentro de esta última categoría. Si, por el contrario, se hace una breve referencia a las consecuencias (*Función motivacional*) en un contexto explicativo (*Función informativa*), resultaría más apropiado marcar toda la verbalización como *Función informativa*. En el caso de que el terapeuta dedique más

atención a cada uno de estos aspectos por separado, sí tendría sentido registrar la ocurrencia de dos categorías diferentes, la *Función motivacional* y la *Función informativa* segmentando la verbalización emitida por el clínico.

2.3 Tipos de categorías. Las *categorías evento* serán aquellas para las que se registre únicamente su ocurrencia mientras que las *categorías estado* precisarán de la delimitación del tiempo de inicio y finalización de la verbalización correspondiente.

2.4 Registro de las categorías estado y las categorías evento. Dentro de cualquier *categoría estado* no se incluirán *categorías evento* puntuales. En el caso de que éstas se den, se pondrá fin a la *categoría estado* en curso y se registrará entonces la *categoría evento* correspondiente volviendo a marcarse a continuación el inicio del estado previamente interrumpido. Así, por ejemplo, podría ser interesante incluir algunas categorías *Función discriminativa* dentro de un fragmento codificado como *Función informativa* pero esto podría sobreestimar el tiempo dedicado por el terapeuta a esta posible función de modo que se decide no incluir nada durante la presentación de las *categorías estado*.

Si la verbalización del terapeuta codificada como una *categoría estado* cambia a raíz de la interrupción o comentario del cliente, entonces debe registrarse el fin del estado inicial y marcar el comienzo de uno nuevo aunque la categoría sea la misma.

3. CRITERIOS ESPECÍFICOS DE CATEGORIZACIÓN.

3.1. *Función discriminativa:*

- 3.1.1 La ocurrencia de la categoría *Función discriminativa* se registrará al final de la verbalización codificada y no al principio de la misma.
- 3.1.2 En aquellos casos en los que el terapeuta emita una verbalización que podría categorizarse como *Función discriminativa* pero ante la que el cliente no presenta la respuesta deseada sino algún tipo de verbalización que implica una petición de aclaración o de repetición de la verbalización previa del terapeuta porque ésta no ha sido entendida por el cliente, se registrará la categoría *Función discriminativa* ya que, aunque la respuesta del cliente no sea la deseada, parece que sí se encuentra discriminada por la verbalización previa del terapeuta.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “No me vas a decir lo mismo que le dijiste a David”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “¿El qué?”*
- *Psicólogo: “Que eso se lo dirían a cualquiera”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “No, eso no”.*

Se decide registrar este tipo de verbalizaciones dentro de la categoría *Función discriminativa* porque, aunque la respuesta del cliente no sea la deseada, sí parece encontrarse discriminada por la verbalización previa del terapeuta.

- 3.1.3 Cuando el terapeuta presente una verbalización con cualquier función y el cliente la interrumpa y emita una verbalización significativa, es decir, con un contenido suficientemente elaborado más allá del puro asentimiento (al menos ha de haber un verbo en la frase con un valor predicativo y no nominal) y que tenga algún tipo de relación con lo que el terapeuta estaba diciendo, entonces se categorizará la verbalización del psicólogo como *Función discriminativa* (la parte final de la verbalización del terapeuta se registrará como *Función discriminativa* mientras que el resto será incluido en la categoría que previamente hubiera sido identificada).

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Como te decía, tú reaccionas así ante los exámenes porque has aprendido que las situaciones de examen son situaciones aversivas en las que en otras ocasiones también has reaccionado con un alto nivel de activación así que entonces...”* (toda la verbalización se codificaría como *Función informativa* y la última parte como *Función discriminativa*)
- *Cliente: (interrumpe) “Claro, pero entonces, ¿por qué yo reacciono así si otra gente no lo hace?”*

Sin embargo, si el cliente interrumpe al terapeuta para emitir una verbalización sin ninguna relación con lo que el terapeuta se encontraba diciendo, entonces la verbalización previa del terapeuta no será categorizada como *Función*

discriminativa ya que se entiende que el discriminativo que está operando en este caso sería un estímulo encubierto del cliente que, por tanto, no podemos observar.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Como te decía, tú reaccionas así ante los exámenes porque has aprendido que las situaciones de examen son situaciones aversivas en las que en otras ocasiones también has reaccionado con un alto nivel de activación así que entonces...”* (Función informativa)
- *Cliente: (interrumpe) “Pero, un momento, antes de que me expliques esto yo te quería comentar que esta semana he leído el libro que me diste”*

3.1.4 Cuando se interrumpa una *categoría estado* porque algún elemento del discurso del terapeuta parezca discriminar una conducta por parte del cliente, el final del estado y la ocurrencia de la *Función discriminativa* se marcarán en el momento en el que el cliente comience a hablar aunque el terapeuta pueda seguir emitiendo su verbalización durante unos segundos más y superponiendo su voz a la del cliente.

3.1.5 Sólo si interrumpirá una *categoría estado* para marcar la ocurrencia de un comportamiento codificable como *Función discriminativa* si el cliente corta literalmente con su discurso la verbalización del terapeuta (es decir, si el habla del cliente se superpone durante un tiempo al habla del clínico finalizando la verbalización del terapeuta antes de que el cliente concluya su turno).

3.1.6 En los casos en los que, tras una verbalización con cualquier posible función, el terapeuta emita después una verbalización claramente codificable como *Función discriminativa* (por ejemplo, una pregunta), se registrará en primer lugar la verbalización previa dentro de la categoría correspondiente e, inmediatamente después, la categoría *Función discriminativa*.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Como te decía, tú reaccionas así ante los exámenes porque has aprendido que las situaciones de examen son situaciones aversivas en las que en otras ocasiones también has reaccionado con un alto nivel de activación (Función informativa) ¿Me he explicado bien?”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “Sí, creo que lo he entendido”*

3.1.7 En los casos en los que, ante una verbalización del terapeuta con cualquier posible función, por ejemplo, *Función informativa*, el cliente emite verbalizaciones solamente de asentimiento ante lo que el psicólogo dice, no se considerarán las verbalizaciones previas del terapeuta como ejemplos de *Función discriminativa* sino que se hará prevalecer la categoría que consideremos oportuna ya que nos encontraríamos en un nivel de análisis puramente conversacional en el que el asentimiento del cliente tendría una potencial función de refuerzo del discurso del terapeuta.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Como te decía, tú reaccionas así ante los exámenes porque has aprendido que las situaciones de examen son situaciones aversivas*

en las que en otras ocasiones también has reaccionado con un alto nivel de activación y entonces... ”

- *Cliente: “Ya”*
- *Psicólogo: “...por eso es por lo que ahora tienes esas mismas reacciones cada vez que vas a un examen” (Función informativa que incluiría la verbalización previa a la emisión del cliente)*

Si este asentimiento del cliente, aún siendo no verbal, se da ante una verbalización del terapeuta claramente codificable como *Función discriminativa* y/o es “reforzado” verbalmente tras su emisión por parte del terapeuta, entonces sí se interrumpirá la categoría estado y se marcará la secuencia *Función discriminativa-Función de refuerzo*.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Como te decía, tú reaccionas así ante los exámenes porque has aprendido que las situaciones de examen son situaciones aversivas en las que en otras ocasiones también has reaccionado con un alto nivel de activación (Función informativa). ¿No es así? (Función discriminativa)*
- *Cliente: “Sí”*
- *Psicólogo: “Por eso es por lo que ahora tienes esas mismas reacciones cada vez que vas a un examen” (Función informativa)*

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Como te decía, tú reaccionas así ante los exámenes porque has aprendido que las situaciones de examen son situaciones aversivas en las que en otras ocasiones también has reaccionado con un alto nivel de activación (Función informativa). ¿No es así? (Función discriminativa)*
- *Cliente: “Sí, siempre me pasó”*
- *Psicólogo: “Exactamente (Función de refuerzo). Por eso es por lo que ahora tienes esas mismas reacciones cada vez que vas a un examen” (Función informativa)*

3.1.8 En aquellos casos en los que el terapeuta, antes de una pregunta concreta (*Función discriminativa*), hace un resumen de parte de la información obtenida hasta ese momento o sitúa a la persona en el momento temporal sobre el que desea evaluar (por ejemplo, “nos ponemos en el momento actual...”), se considera que esa verbalización anterior debería incluirse en la categoría *Función discriminativa* final, a no ser que se presente algún tipo de conocimiento técnico-clínico de un modo más explícito, en cuyo caso podría ser relevante señalar la presencia previa de, por ejemplo, la categoría *Función informativa*.

3.1.9 Cuando el terapeuta emite una verbalización codificable como, por ejemplo, *Función de castigo* o *Función informativa* y al final de la misma el cliente contesta, no marcaremos el final de la verbalización del terapeuta dentro de la categoría *Función discriminativa* sino que haremos prevalecer la categoría previa (obviamos el posible matiz discriminativo del final de la intervención del clínico) a pesar de que hipotetizamos que el mero hecho de que el terapeuta se calle puede discriminar la conducta posterior de hablar del cliente.

3.1.10 Cuando el terapeuta haga una pregunta pero no deje que el cliente conteste y, por ejemplo, dé una explicación después, no se registrará la categoría *Función discriminativa* sino que esta parte del discurso se incluirá dentro de la categoría asignada a la verbalización posterior.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “¿Pero qué ganas con eso? Lo único que vas a conseguir si sigues comportándote así es sentirte mal tú y hacer que la relación cada vez se vaya deteriorando más y más”* (Función motivacional)

3.1.11 Las preguntas retóricas en el discurso del terapeuta tampoco se registrarán como *Función discriminativa* aunque el cliente responda tras su presentación.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Lo que te quiero decir es, ¿qué consecuencias habría tenido que no fueras? Absolutamente ninguna”* (Función motivacional).
- *Cliente: “Ninguna.”*

3.1.12 La expresión “¿eh?” en el discurso del terapeuta sólo se categorizará como *Función discriminativa* si sustituye a un interrogativo del tipo “¿qué?” y el cliente responde a él. De no ser así, se considerará que tiene un valor enfático y se incluiría dentro de la categoría que mejor recoja la verbalización del terapeuta en la que se presenta dicha partícula verbal.

Ejemplos:

- *Cliente: “A ver qué tal se nos da.”*
- *Psicólogo: “¿Eh?”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “Que digo que a ver qué tal va todo.”*
- *Psicólogo: “Que sea difícil no quiere decir que no puedas llegar a aprender a estar tranquila y a manejar todas estas situaciones, ¿eh?”* (Función motivacional)
- *Cliente: “Ya. Vale”*

3.1.13 Cuando durante la formulación de una verbalización codificable como *Función discriminativa*, y no sólo al final de la presentación de la misma, el cliente diga algo, se registrarán una o varias categorías *Función discriminativa* aplicando los mismos criterios marcados para interrumpir las *categorías estado*.

a) Si la verbalización del cliente es elaborada (aparece al menos un verbo con valor predicativo), se registrará varias veces la categoría *Función discriminativa*:

Ejemplo:

- *Psicólogo: “¿Tu consideras que tienes razones...”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “Ya, si tengo razones...”*
- *Psicólogo: “... para pensar que era malintencionado?”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “No, es más la sensación que me dio”.*

- b) Si la verbalización con posible función discriminativa, por ejemplo una pregunta, puede dividirse en diversas partes y el cliente va respondiendo a ellas de forma diferenciada, se marcarán tantas categorías *Función discriminativa* como respuestas elicitadas se observen aunque éstas no sean elaboradas (esto es, no incluyan al menos un verbo con valor predicativo).

Ejemplo:

- *Psicólogo:* “Entonces, ya recogiste el almacén...” (Función discriminativa)
- *Cliente:* “Sí”
- *Psicólogo:* “...pusiste al día los papeles que tenías pendientes...” (Función discriminativa)
- *Cliente:* “Sí”
- *Psicólogo:* “... y ya sólo te queda colocar la mesa, ¿es así?” (Función discriminativa)
- *Cliente:* Eso es.

- c) Si el terapeuta retoma de algún modo la verbalización del cliente, se registrará la categoría *Función discriminativa* justo antes de que se produzca la conducta del cliente y esa parte en la que el clínico retoma lo dicho por el cliente se considerará *Función de refuerzo*.

Ejemplo:

- *Psicólogo:* “¿Tú crees que ésta era la mejor forma...” (Función discriminativa)
- *Cliente:* “Ya, de verlo.”
- *Psicólogo:* “Claro, de verlo (Función de refuerzo), ¿o crees que había otras posibilidades?” (Función discriminativa).

- d) Si la conducta del cliente modifica de algún modo la verbalización del terapeuta, se codificará como *Función discriminativa* la parte de la verbalización que dé pie a la emisión del cliente.

Ejemplo:

- *Psicólogo:* “¿Tú tenías...” (Función discriminativa)
- *Cliente:* “27 años”
- *Psicólogo:* “... que cumpliste ahora” (Función discriminativa)
- *Cliente:* “La semana pasada.”

- e) Si el terapeuta presenta de varias formas distintas una verbalización que podría tener una misma función discriminativa sin esperar a que el cliente responda pero éste lo hace igualmente, se marcará más de una categoría *Función discriminativa* en los siguientes casos:

- Cuando se identifique otra categoría distinta a la *Función discriminativa* durante la presentación de la misma.

Ejemplo:

- *Psicólogo:* “¿Tú crees que podría haber otra salida?...” (Función discriminativa)

- *Cliente: “Sí.”*
- *Psicólogo: “...No sé, yo te pregunto, a los problemas hay que buscarles soluciones (Función informativa). ¿Se te ocurre otra forma de tratar de mejorar la situación?” (Función discriminativa)*
- *Cliente: “Sí, claro, podría cambiar de trabajo”.*

- Cuando las respuestas supuestamente discriminadas en el cliente tengan un valor distinto (no vayan en la misma línea).

Ejemplo:

- *Psicólogo: “¿Podría haber otro motivo? O sea...” (Función discriminativa)*
- *Cliente: “No...”*
- *Psicólogo: “...¿podría haber otra explicación al hecho de que no te llamara en ese momento?” (Función discriminativa)*
- *Cliente: “Bueno, supongo que podría habersele olvidado.”*

- Cuando la respuesta del cliente sea suficientemente elaborada (incluya al menos un verbo con valor predicativo)

Ejemplo:

- *Psicólogo: “¿Tú podrías preguntarle...” (Función discriminativa)*
- *Cliente: “Yo creo que sí”*
- *Psicólogo: “... quiero decir, ¿él te podría informar acerca de esto?” (Función discriminativa)*
- *Cliente: “Sí, sí, sin ningún problema”.*

- En el resto de ocasiones, se marcará una sola vez la categoría *Función discriminativa* cuando el terapeuta acabe su verbalización puesto que se entiende que la respuesta que se estaría discriminando sería única aunque el cliente la presente varias veces.

Ejemplos:

- *Psicólogo: “¿Tú podrías preguntarle...”*
- *Cliente: “Sí”*
- *Psicólogo: “... si te podría ayudar?” (Función discriminativa)*
- *Cliente: “Sí, sí, sin problemas.”*

3.2. *Función evocadora:*

3.2.1 Consideraremos esta categoría como una *categoría evento* señalando su ocurrencia y no su duración.

3.2.2 Esta categoría puede identificarse sobre todo en la fase de evaluación en la que las preguntas del clínico pueden evocar respuestas emocionales en el cliente aunque no lo pretendan. En estos casos, registraremos a la vez la categoría *Función evocadora* y *Función discriminativa* cuando se cumplan los criterios de ambas. Si una pregunta del terapeuta, aunque dé lugar a una respuesta emocional en el cliente, no va seguida de ninguna respuesta operante por parte de éste o dicha conducta no

tiene relación con la pregunta del terapeuta, entonces se registrará la categoría *Función evocadora* seguida de la categoría *Otras* (Discriminativo fallido).

- 3.2.3 En el caso de identificarse en una misma verbalización las categorías *Función evocadora* y *Función discriminativa*, se registrará antes la *Función evocadora* que la *Función discriminativa* pues en principio la respuesta emocional se daría antes en el cliente y después éste emitiría su respuesta ante el supuesto estímulo discriminativo presentado por el psicólogo.
- 3.2.4 También puede aparecer la categoría *Función evocadora* en la fase de tratamiento cuando, como parte de los objetivos terapéuticos, se busque explícitamente evocar la RC correspondiente.
- 3.2.5 Así mismo, aunque un criterio para registrar la *Función evocadora* es que el cliente muestre una respuesta emocional manifiesta o informe de ella ante una verbalización del terapeuta, en los casos en los que se realice exposición en imaginación parece claro que hay que utilizar esta categoría aunque no se tenga constancia de que realmente se da la respuesta emocional que se pretende elicitar. Durante dicha exposición en imaginación:
- Verbalizaciones del tipo “imagina”, “piensa”, “recuerda”, se categorizarán como *Función discriminativa*.
 - Verbalizaciones describiendo la situación a evocar (ej.: “estás en la sala de espera y dicen tu nombre, te levantas y te acercas a recoger el impreso, notas que te pones un poco nervioso”), se categorizarán como *Función evocadora*.
 - Por muy larga que sea la descripción de la situación a evocar, se registrará una única *Función evocadora* a menos que se dé alguna otra función que la interrumpa (ej.: “estás en la sala de espera y dicen tu nombre (*Función evocadora*), recuerda cómo te sentiste en ese momento (*Función discriminativa*), te levantas y te acercas a ellos (*Función evocadora*)). También se marcarán varias *Funciones evocadoras* si el tiempo transcurrido entre una descripción y otra es largo (más de tres segundos) y/o cambia notablemente el contenido de las mismas.
- 3.2.6 Hipotetizamos que la risa, en la gran mayoría de los casos, es una conducta operante y no una respuesta condicionada de modo que no parece apropiado tenerla en cuenta a la hora de registrar la categoría *Función evocadora*.

3.3. Función de refuerzo.

- 3.3.1 Se registrará cada verbalización con posible valor de refuerzo como *categoría evento*, tanto si afecta a la conducta general de hablar, como a la de proporcionar información, etc., del cliente. Si dicha verbalización cumpliera con los criterios de la categoría *Función discriminativa*, se priorizaría ésta en el registro (véanse las anotaciones al respecto en el apartado 3.2).
- 3.3.2 Aunque es muy posible que algunas verbalizaciones del terapeuta podrían tener función de reforzamiento negativo (por ejemplo, cuando ante una pregunta del cliente el psicólogo da una explicación técnica sobre su problema reduciendo así el

malestar previo del cliente ante el temor a “tener algo extraño”), no consideraremos esta posible funcionalidad en nuestro sistema de categorías.

3.3.3 Se registrará la ocurrencia de la categoría Función de refuerzo al inicio de la verbalización codificada y no al final de la misma.

3.3.4 En la conversación entre terapeuta y cliente cada verbalización del terapeuta podría funcionar como refuerzo de la anterior conducta del cliente así como discriminativo de la siguiente conducta de éste, es decir, nos encontraríamos ante un proceso de encadenamiento verbal. Sin embargo, a la hora de registrar nos guiaremos por los siguientes criterios para decidir si marcamos la categoría *Función discriminativa* o *Función de refuerzo*:

a) Cuando se considere que la función discriminativa y reforzante podrían darse conjuntamente pero en elementos claramente separados (Ejemplo: “Muy bien. Cuéntame”), se registrará en primer lugar la categoría *Función de refuerzo* seguida inmediatamente la categoría *Función discriminativa*.

b) En el resto de los casos donde podrían darse simultáneamente las funciones discriminativa y de refuerzo en una misma verbalización (por ejemplo, cuando el terapeuta se anticipa al cliente y termina su frase, cuando hace exclamaciones tras una verbalización del cliente del tipo “¿sí?”, “¿de verdad?”, “¿no me digas!”, etc.), se decidirá si prima una u otra función atendiendo a si se modifica o no la conducta del cliente tras la emisión del terapeuta (obsérvese que este criterio es aplicable incluso a aquellas verbalizaciones que tendemos a considerar claramente “reforzantes” en su forma; por ejemplo: “Muy bien”, “Estupendo”, “Genial”):

- Si se alterase de cualquier manera la conducta del cliente, haríamos prevalecer la categoría *Función discriminativa* frente a la *Función de refuerzo* (suponemos que la verbalización del terapeuta estaría discriminando el cambio en el comportamiento del cliente).

Ejemplo:

- *Cliente*: “Ayer hice todo lo que me mandaste”
- *Psicólogo*: “¡Qué bien!” (Función discriminativa).
- *Cliente*: “Sí, la verdad es que estoy muy contenta”.

- Si no se modifica en absoluto la verbalización del cliente, consideraríamos que estamos ante un refuerzo y registraríamos la categoría *Función de refuerzo* (suponemos que la conducta del terapeuta mantiene el comportamiento verbal que ya estaba presentando el cliente pero no da lugar a una respuesta nueva en éste).

Ejemplo:

- *Cliente*: “Ayer hice todo lo que me mandaste...”
- *Psicólogo*: “¡Qué bien!” (Función de refuerzo).
- *Cliente*: “...la relajación, la respiración y la exposición.”

- c) En ocasiones el terapeuta repite varias veces seguidas una misma o parecida verbalización codificable como *Función de refuerzo* (no altera la respuesta del cliente), por ejemplo, “muy bien, muy bien, perfecto”. En estos casos acordamos que si el cliente continúa hablando entre estas verbalizaciones del terapeuta, entonces se categoriza de forma individual cada verbalización del terapeuta, pero si no habla entre ellas y son muy seguidas en el tiempo, se registrarán como una única categoría *Función de refuerzo*.

3.3.5 Puesto que parece haber importantes dificultades para decidir cuándo una verbalización ha de codificarse como *Función discriminativa* o *Función de refuerzo* en un plano más conversacional (apartado (b) del punto 3.3.4), especialmente cuando se solapan los discursos del cliente y el terapeuta y/o cuando es difícil determinar si la verbalización de uno de los dos miembros de la interacción se encuentra influida por la verbalización previa de su interlocutor o se deriva de su propio discurso, decidimos adoptar los siguientes acuerdos:

- a) Entenderemos que la verbalización del terapeuta está modificando el discurso del cliente y, por tanto, debería categorizarse con *Función discriminativa*:
- Cuando el discurso del cliente se altere notablemente, se solapen o no total o parcialmente las verbalizaciones de terapeuta y del cliente.

Ejemplo:

- *Cliente: “Y me empecé a poner nervioso porque notaba esas sensaciones...”*
- *Psicólogo: “De palpitaciones, sudoración...”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “... como de... sí, de palpitación, sudor frío...”*

- Cuando el discurso del cliente no se altere notablemente pero las verbalizaciones de terapeuta y cliente se den una después de la otra y la emisión del cliente tenga relación con la verbalización previa del clínico.

Ejemplo:

- *Cliente: “Y me empecé a poner nervioso porque notaba esas sensaciones”*
- *Psicólogo: “De palpitaciones, sudoración...”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “De palpitaciones y sudor frío”*

- b) Si algún elemento de la verbalización del terapeuta apareciera en el discurso del cliente, se registraría la categoría *Función de refuerzo* si las intervenciones del terapeuta y cliente se dieran de forma simultánea; en caso contrario, se registraría la conducta del terapeuta como *Función discriminativa* tal y como se señalaba en el criterio anterior.

Ejemplo:

- *Cliente: “Y me empecé a poner nervioso porque notaba esas sensaciones de..”*
- *Psicólogo: “De palpitaciones, sudoración...”* (Función de refuerzo)

- *Cliente (simultáneamente): "... palpitaciones, sudor..."*

- c) Entenderemos que la verbalización del terapeuta no está modificando el discurso del cliente y, por tanto, habrá que marcar la *Función de refuerzo*, cuando el cliente no retome ningún aspecto de la verbalización del clínico en su discurso.

Ejemplo:

- *Cliente: "Y me empecé a poner nervioso porque notaba esas sensaciones ..."*
- *Psicólogo: "Claro"* (Función de refuerzo)
- *Cliente: "... de palpitaciones, sudor..."*

- d) Cuando, durante la presentación de una verbalización codificable como *Función informativa*, *Función motivacional* o *Función instruccional*, el terapeuta incluye en su discurso elementos de una verbalización que el cliente acaba de presentar, sólo se marcará la categoría *Función de refuerzo* si:

- El discurso del terapeuta se altera notablemente tras la emisión de la conducta verbal del cliente, se solape o no ésta, total o parcialmente, con la verbalización del psicólogo.

Ejemplo:

- *Psicólogo: "Es como cuando uno está yendo al gimnasio que como no fui el lunes ni el martes..."* (Función informativa)
- *Cliente: "Sí, ya no vas el miércoles"*
- *Psicólogo: "Eso es (Función de refuerzo), ya no voy el miércoles ni el jueves y al final no voy nunca"* (Función informativa)

- El discurso no se altera notablemente pero la conducta del terapeuta sigue claramente a la conducta del cliente y retoma de algún modo lo dicho por éste previamente. Si se superponen ambas emisiones verbales, no se registrará *Función de refuerzo* sino que se considerará que el terapeuta sigue con la función que estaba presentando antes de que el cliente hablase.

Ejemplo:

- *Psicólogo: "Es como cuando uno está yendo al gimnasio que como no fui el lunes ni el martes..."* (Función informativa)
- *Cliente: "Sí, ya no vas el miércoles"*
- *Psicólogo: " ya no voy el miércoles (Función de refuerzo) ni el jueves y al final no voy nunca"* (Función informativa)

Ejemplo:

- *Psicólogo: "Es como cuando uno está yendo al gimnasio que como no fui el lunes ni el martes, ya no..."* (Función informativa)
- *Cliente: "Sí, ya no vas el miércoles"*
- *Psicólogo (superponiéndose a la verbalización del cliente): "... voy el miércoles ni el jueves y al final no voy nunca"* (Función informativa)

- 3.3.6 La categoría *Función de refuerzo* no tiene que darse, necesariamente, inmediatamente después de la emisión de la verbalización del cliente que supuestamente se refuerza sino que puede, por ejemplo, aparecer una verbalización codificada como *Función informativa* o *Función motivacional* antes de ella (una posible hipótesis a contrastar sería si los terapeutas que presentan más frecuentemente la secuencia *Función informativa* + *Función de refuerzo*, por ejemplo, obtienen peores resultados que aquellos que tienden a “reforzar” en el orden inverso: *Función de refuerzo* + *Función informativa*).
- 3.3.7 Verbalizaciones del tipo “*Lo estás haciendo muy bien*” podrían considerarse potencialmente reforzantes no porque “traten de reforzar” la verbalización del cliente inmediatamente anterior en la forma exacta en la que se da, sino porque puede tener su “efecto” sobre parte de dicha verbalización previa que cobra sentido por todo lo que se ha estado hablando anteriormente en la sesión.
- 3.3.8 Los recursos conversacionales con los que a menudo se introducen algunas verbalizaciones (“bueno, pero”, “claro, pero fíjate...”, “ya, pero...”), no se registrarán. Únicamente si el matiz aprobatorio es muy notable, se señalará la categoría *Función de refuerzo* al inicio de la oración.

Ejemplo:

- *Cliente: “Es que yo no voy a ser como su madre y le voy a hacer todo.”*
- *Psicólogo: “Por supuesto (Función de refuerzo), pero ahí tienes que entender que el cambio necesita un tiempo y él necesitará unos añitos para acostumbrarse a que tú no eres su madre y no le vas a hacer sus cosas (Función informativa)*

Aunque el terapeuta logre cortar el discurso del cliente introduciendo elementos conversacionales del tipo señalado, éstos no se categorizarán como *Función de castigo* sino que se reservará esta categoría para verbalizaciones con un contenido desaprobatorio o “cortante” claro.

Ejemplos:

- *Cliente: “Es que yo no voy a ser como su madre y a hacerle todo y si quieres un vaso de agua yo te lo traigo y...”*
- *Psicólogo: “Espera (Función de castigo), ¿cuántos años lleva Santi viviendo con su madre y acostumbrado a que se lo hagan todo?” (Función discriminativa)*
- *Cliente: “Al final tuve que ir aunque no me apetecía nada...”*
- *Psicólogo: “Caro, pero, fíjate, ¿qué consecuencias habría tenido que no fueras? Absolutamente ninguna” (Función motivacional)*

En el caso de que la verbalización introducida con los elementos conversacionales del tipo señalado trate de superponerse al discurso del cliente pero no lo consiga al verse interrumpida por el habla de éste, no se categorizará dicha verbalización del clínico como *Función de castigo* sino dentro de la categoría *Otras*. El observador que registre dicha categoría en estos casos deberá especificar en el apartado de comentarios que se trata de un ejemplo del tipo aquí mencionado para tenerlo en cuenta en los análisis de las sesiones.

Ejemplos:

- *Cliente: “Si no es que a mí no me gusten los pimientos...”*
- *Psicólogo: “Caro, pero...” (Otras)*
- *Cliente: “... de hecho a mí me encanta el pescado con pimientitos asados...”*
- *Psicólogo: “Caro, pero si...” (Otras)*
- *Cliente: “... sólo que soy incapaz de llegar a casa y prepararlos porque lo que realmente me apetece en esos momentos es tomarme un bocadillo.”*
- *Psicólogo: “Caro, pero si empiezas a introducir esos alimentos por la noche, cada vez estarás más acostumbrada a comerlos y te costará menos prescindir del bocadillo” (Función motivacional)*

3.4. Función de castigo.

- 3.4.1 A la hora de registrar la categoría *Función de castigo* sólo se marcará su ocurrencia, nunca su duración, haciéndola coincidir con el inicio de la verbalización que se codifique dentro de esta categoría.
- 3.4.2 Se decide utilizar únicamente la categoría *Función de castigo* en aquellos casos en los que se observe un desacuerdo claro para evitar inferencias subjetivas que disminuyan el acuerdo entre observadores. Para decidir si estamos ante un ejemplo de un claro desacuerdo habrá que recurrir, en muchos casos, a otros indicadores además de la conducta verbal (tono de voz, postura, gestos, etc.).
- 3.4.3 El desacuerdo que pretende codificar la categoría *Función de castigo* puede reflejarse también en una conducta del terapeuta que trata de “cortar”, interrumpir, evitar que aparezcan, etc., ciertas verbalizaciones del cliente.

Ejemplo:

- *Cliente: “Eso me va a costar más”*
- *Psicólogo: “¡No te preocupes! (*) Para eso estoy yo.”*

(*) Una verbalización del tipo “*No te preocupes*” podría, sin embargo, ser categorizada de diversas formas:

- ✓ *Función de castigo*: como en este caso donde el terapeuta parece tratar de cortar la verbalización previa del cliente.
- ✓ *Función instruccional*: sólo cuando se incluya dentro de un conjunto mayor de verbalizaciones que impliquen pautas de actuación a seguir fuera de la consulta.
- ✓ *Otras*: no tendría función si es un recurso meramente conversacional para cambiar de tema
- ✓ *Función motivacional*: Incluida dentro de una expresión del tipo “*Esta vez también lo vas a pasar muy bien, no te preocupes*”, podría considerarse parte de la *Función motivacional* previa o registrarse como *Función motivacional* (“*Esta vez también lo vas a pasar muy bien*”) + *función de castigo* (“no te preocupes”)

- 3.4.4 No ha de registrarse la categoría *Función de castigo* en aquellas secuencias donde hipotetizamos que el terapeuta está poniendo al cliente en extinción. La extinción

en la interacción terapeuta-cliente podría darse cuando ocurre un cambio de tema (emisión de un nuevo estímulo discriminativo) en ausencia de reforzador tras la conducta del cliente. Que el terapeuta no muestre acuerdo (extinción), no significa necesariamente que esté castigando.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Vale, entonces, ¿estás por encima de los demás en cuanto a tu actuación en tu trabajo?” (Función discriminativa)*
- *Cliente: “Vale”*
- *Psicólogo: “No, vale no, (Función de castigo) ¿sí o no?” (Función discriminativa)*
- *Cliente: “Me falta información para decirlo”*
- *Psicólogo: “Volvemos a empezar” (Función discriminativa, no de castigo, se pone al cliente en extinción)*
- *Cliente: “Es que...”*
- *Psicólogo: “Bien, resulta que tu jefa hace todo un laudatorio” (Función discriminativa, no de castigo, suponemos que se somete al cliente a un proceso de extinción)*

3.4.5 En aquellos casos en los que el terapeuta interrumpe al cliente cortando su discurso, se registrará *Función de castigo* cuando la verbalización utilizada no indique aprobación, aceptación y/o admiración ante la conducta del cliente:

Ejemplos:

- *Cliente: “Y es que yo eso lo considero una falta de respeto porque...”*
- *Psicólogo: “Espera” (Función de castigo). Dime una cosa, ¿qué es para ti una falta de respeto? (Función discriminativa)*
- *Cliente: “La verdad es que estoy contento porque hice lo que me dijiste y me sentí muy bien y, bueno...”*
- *Psicólogo: “¡Qué bien!” (Función de refuerzo)*

3.4.6 Cuando la verbalización que interrumpe al cliente podría tener al mismo tiempo dos funciones, la de castigo y otra más (por ejemplo, función discriminativa o informativa), se da prioridad a la segunda marcando la categoría *Función de castigo* sólo en aquellos casos en los que haya un elemento aislado que pueda tener una función punitiva.

Ejemplos:

- *Cliente: “Entonces me pongo a pensar que a lo mejor está con otra, que es una falta de consideración, que...”*
- *Psicólogo: “Espera, para un momento (Función de castigo). Dime una cosa, ¿para qué te sirve eso?” (Función discriminativa)*
- *Cliente: “Entonces me pongo a pensar que a lo mejor está con otra, que es una falta de consideración, que...”*
- *Psicólogo: “Dime una cosa, ¿para qué te sirve eso?” (Función discriminativa)*
- *Cliente: “Entonces me pongo a pensar que a lo mejor está con otra, que es una falta de consideración, que...”*

- *Psicólogo*: “O que se le ha olvidado, o que se ha dejado el móvil en el despacho, o que hay mucho ruido y no oyó el teléfono... las explicaciones posibles son infinitas” (Función informativa)

3.4.7 La categoría *Función de castigo* puede aparecer junto a una verbalización codificada como *Función discriminativa* igual que veíamos que sucedía con la categoría *Función de refuerzo*. Puesto que hipotetizamos que el castigo se aplica cuando el cliente se sale de la línea que el terapeuta pretende seguir para tratar de redirigirlo, le damos más importancia a la función de castigo que tendría relevancia sobre la función discriminativa puramente conversacional de modo que se registraría la categoría *Función de castigo* y no la categoría *Función discriminativa* cuando una misma verbalización pudiera cumplir los criterios de ambas. Se pueden dar los siguientes casos que se registrarían de la siguiente manera:

- a) Casos en los que la función discriminativa y de castigo podrían darse conjuntamente pero en elementos claramente diferenciados. Ejemplo: “Me parece muy mal. Cuéntame”. En estas ocasiones, habrá que registrar primero la categoría *Función de castigo* seguida inmediatamente de la categoría *Función discriminativa*.
- b) Casos en los que la verbalización del clínico trata de cortar la secuencia. En estas ocasiones parece apropiado registrar una única categoría: la de *Función de castigo* (ejemplo: “Muy mal”).

3.4.8 En muchas ocasiones las categorías *Función de castigo* y *Función informativa* pueden confundirse. Para diferenciarlas, revísense los criterios comentados al respecto en el apartado correspondiente referido a la *Función informativa*.

3.4.9 Al igual que señalábamos respecto a la categoría *Función de refuerzo*, la categoría *Función de castigo* no tiene que darse, necesariamente, inmediatamente después de la emisión de la verbalización que supuestamente se castiga, sino que puede, por ejemplo, identificarse una verbalización codificable como *Función informativa* o *motivacional* antes (una posible hipótesis a contrastar es si los terapeutas que presenten más frecuentemente la secuencia *Función informativa* + *Función de castigo*, por ejemplo, obtienen peores resultados que aquellos que tienden a expresar su desacuerdo en el orden inverso: *Función de castigo* + *Función informativa*).

3.5. *Función informativa:*

3.5.1 Consideraremos esta categoría como una *categoría estado* (es decir, se registrará la duración de la misma marcando el inicio y el final de las verbalizaciones que incluye).

3.5.2 Si al dar una información el terapeuta va cambiando de contenidos pero no hay nada que interrumpa su discurso o la interrupción no es significativa (no incluye al menos un verbo con valor predicativo o no es reforzada verbalmente por el terapeuta), todo se registra dentro de la misma categoría *Función informativa*. En cambio, si el discurso del psicólogo se ve modificado por algo que dice o hace el cliente, entonces habría que parar ese *estado informativo* inicial y volver a marcar

otro diferente puesto que ha sido discriminado por una respuesta concreta y nueva del cliente.

3.5.3 En cuanto a las verbalizaciones breves del terapeuta sobre lo que se va a hacer en sesión (por ejemplo, “pues entonces eso sí me gustaría que lo viéramos con un poco más de calma”), habría que considerar cada ejemplo específico pero hay que tener en cuenta que verbalizaciones tan cortas pueden ser recursos conversacionales para introducir un tema más que verbalizaciones con una posible función informativa.

3.5.4 Un listado de contenidos que se categorizan frecuentemente como *Función informativa* es el siguiente (esto no implica que estos contenidos no puedan incluirse dentro de otra categoría si se ajustan mejor a los criterios de ésta):

- ✓ Explicación del análisis funcional
- ✓ Presentación de ejemplos para ilustrar las explicaciones del terapeuta
- ✓ Anticipación y/o explicación de tareas o actividades que se van a hacer en sesión
- ✓ Aclaración de por qué se dice algo al cliente, de por qué el terapeuta está haciendo algo en sesión o de por qué propone una determinada estrategia
- ✓ Planteamiento de visiones alternativas a la del cliente
- ✓ Explicación de objetivos terapéuticos y técnicas a utilizar
- ✓ Reajuste de objetivos terapéuticos

3.5.5 En algunas ocasiones puede resultar difícil distinguir entre las categorías *Función de castigo* o *de refuerzo* y *Función informativa* cuando aparecen verbalizaciones en las que se incluye información que muestra desacuerdo/desaprobación o acuerdo/aprobación, respectivamente, con la conducta previamente emitida por el cliente. En estos casos se aplicarán los siguientes criterios para la categorización:

a) Información “negativa”:

- Cuando el desacuerdo sea claro y no se presente ninguna información adicional (por ejemplo, en el uso de la ironía), se registrará *Función de castigo*:

Ejemplos:

- Psicólogo: “¿Crees que haces bien tu trabajo?”
- Cliente: “Sí”
- Psicólogo: “No, ese sí dubitativo no me sirve” (Función de castigo)

- Psicólogo: “Bueno, te vuelvo a poner el ejemplo, si de los demás dijese que ha sido excepcional, ya no tendría sentido la palabra excepcional”
- Cliente: “Pero también podrían decirlo, sí, no sé”.
- Psicólogo: “Evidentemente, también podrían decir de los demás que son unas nulidades y que sólo tú eres buena, con lo cual excepcional también...” (Función de castigo)

- Cuando el desacuerdo sea claro y vaya seguido de una explicación posterior que informa (independientemente de que ésta se haya presentado previamente o no), se marcarán las dos categorías:

Ejemplo:

- *Psicólogo: “No, ese sí dubitativo no me sirve (Función de castigo). Voy a volver a hacerte la pregunta porque lo único que quiero es que me contestes un sí contundente” (Función informativa)*

- Cuando se da una mera explicación que puede conllevar cierta oposición a lo dicho previamente por el cliente pero que fundamentalmente aclara y proporciona información (aunque ya se haya presentado dicha información en otro momento anterior de la sesión), se registrará exclusivamente la categoría *Función informativa* exclusivamente:

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Bien, resulta que tu jefa ha hecho todo un laudatorio...”*
- *Cliente: “Tendría que saber cómo valora a todos, ¿no?”*
- *Psicólogo: “Bien, independientemente de cómo los evalúen, el hecho de utilizar la palabra excepcional es lo que me da pie para hacerte esta pregunta, si no, yo simplemente diría que eres maravillosa y probablemente estés en un equipo de maravillas, sois una empresa que sólo tiene gente extraordinaria, ¿vale?, pero resulta que tu jefa dice que has sido excepcional” (Función informativa)*

b) Información “positiva”: Los mismos criterios se utilizarán para distinguir la *Función informativa* y la *Función de refuerzo*.

- Mera muestra de acuerdo y/o aprobación: *Función de refuerzo*

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Entonces, vales muchísimo en el trabajo, es algo donde no tienes que explotar más. De hecho, has pedido irte a Buenos Aires y te han dicho que sí, que supongo que tampoco se lo harían a cualquiera” (Función de refuerzo ya que no se aporta ninguna información aclaratoria para la cliente)*

- Aprobación más información: *Función de refuerzo + Función informativa*
- Información que señala acuerdo con el cliente: *Función informativa*

3.5.6 Cuando el terapeuta emite una verbalización en la que parece adoptar el rol de su cliente y hablar en su lugar, se considerará la conducta *Función informativa* sólo cuando pretenda modelar la conducta del cliente.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Puedes decirle “Mira, lo siento mucho pero ya sabes que yo no hago horas extras, si quieres mañana empiezo con esto y lo*

termino pero ahora no puedo quedarme” (Función informativa). A ver, dilo así tú” (Función discriminativa).

Estas verbalizaciones en las que el terapeuta habla como si fuera su cliente podrían tener otras funciones de modo que habría que codificarlas de forma diferente si pretenden mostrar acuerdo simplemente, o dar pautas de actuación en el contexto real del cliente, por ejemplo.

Ejemplos:

- *Cliente: “Y sé lo que va a pasar, éste me va a venir cualquier día pidiéndome que me quede y le voy a decir que no, que yo horas extra no hago”*
- *Psicólogo: “Claro, tú le dices “no mira, yo horas extras ya no hago, aquí lo que quieras pero fuera de mi horario...” (Función de refuerzo)*
- *Cliente: “Lo que me temo es que éste me va a volver a pedir que me quede”.*
- *Psicólogo: “Claro pero tú ya sabes que le dices “no mira, yo horas extras no hago, si quieres lo acabo mañana o se lo das a otro pero no me puedo quedar” (Función instruccional)*

3.5.7 Es importante recordar cuál es la definición de la categoría *Función informativa* (transmisión de conocimiento clínico y/o técnico) porque a menudo se emplea como cajón de sastre en el que incluimos todo lo que no tenemos claro donde ubicar, lo cual sería más adecuado registrarlo dentro de la categoría *Otras*.

3.5.8 En algunos casos, especialmente cuando se hace reestructuración cognitiva, podemos incluir dentro de la categoría *Función informativa* verbalizaciones en las que, aunque no se presente un conocimiento específicamente psicológico, sí se pretende aclarar ciertos aspectos importantes para lograr los objetivos terapéuticos.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Vale, yo entiendo lo que dices y probablemente tengas muy buenos compañeros (función de refuerzo), pero el adjetivo excepcional excepcional perdería todo sentido si se pudiera decir de todos o de muchos (función informativa), ¿no? (función discriminativa)”*

3.6. Función motivacional:

3.6.1 Consideraremos esta categoría como una *categoría estado* (es decir, se registrará la duración de la misma marcando el inicio y el final de las verbalizaciones que incluye).

3.6.2 La clave para registrar una verbalización dentro de la función motivacional es que haga referencia a las consecuencias de la actuación del cliente sobre el cambio, tanto cuando estas consecuencias sean positivas como cuando sean negativas porque el cliente se comporta de manera desadaptativa. Cuando se señalen las consecuencias asociadas a la conducta que se desea promover en el cliente, sólo se registrará la *Función motivacional* cuando las consecuencias mencionadas sean positivas. Si se señalan las consecuencias negativas colaterales al cambio, se

considerará dicha verbalización dentro de la categoría *Función informativa* y no como *Función motivacional* puesto que entendemos que no se pretende “motivar” para el cambio sino advertir de las dificultades inherentes al mismo.

Ejemplo:

- *Psicólogo: Lo mejor que puedes hacer para conseguir que deje de llamarte, es no responder a sus llamadas, así, poco a poco él se dará cuenta de que tú ya entras en su juego y dejará de molestarte (Función motivacional), eso sí, también te digo, lo más probable es que antes de la supresión de esa conducta se produzca un incremento de su insistencia al ver que ya no respondes a sus llamadas (Función informativa)*

3.6.3 Podría haber dificultades para diferenciar las categorías *Función motivacional* y *Función instruccional* ya que la primera puede incluir verbalizaciones donde se haga referencia explícita a la conducta que sería bueno que el cliente realizara fuera de sesión (para conseguir unas consecuencias positivas). Los criterios a seguir para diferenciar ambas categorías serán los siguientes:

- Si se señala de forma detallada la actuación que el cliente deberá realizar fuera de sesión para conseguir las consecuencias positivas: la parte referida a la actuación se categorizará como *Función instruccional* y la parte referida a las consecuencias como *Función motivacional*.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Lo que tienes que hacer es utilizar la parada de pensamiento cada vez que te des cuenta de que lo estás volviendo a pensar (Función instruccional) y así ya verás como te sientes mucho mejor (Función motivacional)”*.
- Si se señala la actuación a modo de resumen y de forma muy general junto con las consecuencias, todo ello se categorizará dentro de una misma *Función motivacional*.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Lo que tienes que hacer es dejar de pensarlo, así ya verás como te sientes mucho mejor (Función motivacional)”*

3.6.4 Un criterio para diferenciar las categorías *Función motivacional* y *Función informativa* es el siguiente: en la categoría *Función motivacional* sólo tendrán cabida aquellas verbalizaciones que se refieran explícitamente a las consecuencias del cambio (o no cambio) sobre el sujeto y no de un modo general (por ejemplo, al explicar los beneficios de una determinada técnica sobre otras personas), en cuyo caso, se registrará *Función informativa*.

Ejemplos:

- *Psicólogo: “Si aplicas la parada de pensamiento te sentirás mucho mejor” (Función motivacional)*
- *Psicólogo: “La técnica de la parada de pensamiento produce el efecto de sentirse mejor” (Función informativa)*

- 3.6.5 Aquellos casos en los que se señalen las consecuencias de conductas hipotéticas y/o posibles no planteadas previamente en terapia también se marcarán como *Función motivacional* (Por ejemplo, “*Si pidieras la baja ahora, que ni siquiera sé si te lo has planteado, sería peor*”).
- 3.6.6 Dentro de la categoría *Función motivacional* se incluirán además aquellas verbalizaciones del terapeuta que se refieran a las consecuencias que el comportamiento del propio cliente tiene, no sólo directamente sobre él/ella, sino también sobre personas cercanas e importantes para el cliente (pareja, padres, hijos, etc.), de modo que, aunque la persona en tratamiento se verá afectada por dichas consecuencias de un modo indirecto, es muy posible que éstas influyan en su “motivación” hacia el cambio.
- 3.6.7 No sólo se registrarán como *Función motivacional* aquellas verbalizaciones que mencionen los beneficios del cambio, sino también aquellas otras que señalen las consecuencias de una conducta aunque ésta sea un “paso intermedio” para llegar al comportamiento final que se quiere implantar y/o eliminar.
- 3.6.8 Un listado de contenidos que se categorizarán frecuentemente como *Función motivacional* es el siguiente (para diferenciar estos contenidos de aquellos referidos a las categorías *Función informativa* y *Función instruccional* habrá que atender a los acuerdos establecidos al respecto en los apartados 3.5. y 3.7):
- ✓ Señalar al cliente que es posible el cambio
 - ✓ Señalar al cliente que es posible el cambio dando solamente estrategias generales para conseguirlo pero a partir de las cuales es difícil que el cliente sepa lo que tiene que hacer
 - ✓ Aquello que cotidianamente e incluso clínicamente entendemos como “motivar” a una persona, por ejemplo, verbalizaciones del terapeuta que predigan resultados positivos, que resalten lo bien que está trabajando, verbalizaciones encaminadas a animar al individuo a realizar cambios, etc. Por ejemplo: “*lo estás haciendo muy, muy bien, ya verás como lo vas a conseguir e incluso antes de lo que imaginas*” (*)
 - ✓ Cuando el terapeuta señala las consecuencias negativas de seguir comportándose de manera desadaptativa.

(*) Es importante destacar que, a menos que se aluda a las consecuencias de algún modo, no se deberá registrar la categoría *Función motivacional*. En este sentido, una verbalización del tipo “*no te preocupes*”, podría considerarse *Función instruccional* (en un contexto en el que se dan pautas sobre cómo actuar fuera de la clínica) o incluso *Función de castigo* (si pretende interrumpir al cliente y conseguir que deje de verbalizar un miedo, por ejemplo), pero nunca *Función motivacional*. Verbalizaciones del tipo “*verás como sí*”, en cambio, sí se incluirían dentro de esta categoría puesto que mencionan de algún modo las consecuencias que se van a derivar, en este caso, del cambio clínico.

3.7. *Función instruccional.*

- 3.7.1 Consideraremos esta categoría como una *categoría estado* (es decir, se registrará la duración de la misma marcando el inicio y el final de las verbalizaciones que comprenda).
- 3.7.2 Se incluirá dentro de la categoría *Función instruccional* la especificación de las pautas que se desea que guíen la conducta del cliente fuera de sesión. Aparecerá sobre todo cuando el terapeuta mande tareas para casa de un modo directo y especificando claramente lo que el cliente debe hacer.
- 3.7.3 Sólo se registrará la *Función instruccional* cuando se señalen pautas de actuación fuera de sesión de un modo claro y directo.

Ejemplos:

- *Psicólogo: “¿Qué te parece si esta semana te dedicas a practicar la relajación?”* (Función discriminativa)
- *Cliente: “Y en esos momentos empiezo a pensar que a lo mejor está con otra, que no se ha acordado de llamarme, que no le intereso nada”*
- *Psicólogo: “O podrías decirte que a lo mejor no puede llamar aunque quiere hacerlo, que tal vez se le haya pasado, o, simplemente, que se ha quedado sin batería.”* (Función informativa y no instruccional a pesar de que pretenda promover cambios fuera de sesión).

3.8. *Otras.*

- 3.8.1 Bajo la etiqueta *Otras* se codificará cualquier verbalización del terapeuta que no cumpla con los criterios señalados en relación con el resto de las categorías presentadas.
- 3.8.2 Esta categoría será una *categoría evento* cuya ocurrencia se registrará al final de la verbalización que pretenda codificar.
- 3.8.3 Sería deseable durante los registros de las sesiones incorporar algún comentario acerca del tipo de verbalizaciones que se están codificando dentro de la categoría *Otras* con el fin de identificar nuevas posibles categorías que podrían establecerse y que serían relevantes dentro de nuestro sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. Desde luego, en algún momento de nuestra investigación tendremos que diferenciar las *Otras* “extra-terapéuticas” de aquellas con un contenido “terapéutico”.
- 3.8.4 Dentro de la categoría *Otras* creamos una subcategoría denominada “discriminativo fallido” que recogerá los siguientes casos:
- El cliente interrumpe al psicólogo porque continúa o inicia un discurso al margen del clínico.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Entonces me decías que conseguiste ir al cine con tu vecina...”* (Otras, discriminativo fallido)
- *Cliente: “Esta semana me ha costado mucho hacer la limpieza de la casa”*

- El terapeuta presenta un posible estímulo discriminativo (por ejemplo, una pregunta) y el cliente lo ignora.

Ejemplo:

- *Psicólogo: “Entonces, ¿conseguiste ir al cine con tu vecina?”* (Otras, discriminativo fallido)
- *Cliente: (silencio)*
- *Psicólogo: “Decía que si al final fuiste con tu vecina al cine”*

- El terapeuta se queda a medias en la presentación de un posible estímulo discriminativo. En el caso de que se entienda el contenido de lo que el terapeuta quería decir y el cliente responda a ello, entonces no se registrará *Otras-“Discriminativo fallido”* sino que se marcará la categoría *Función discriminativa*.
- Se registrarán como *Función discriminativa* y no como *Otras – “Discriminativo fallido”* aquellas verbalizaciones para las que tengamos constancia verbal o no verbal de la respuesta del cliente, ya sea porque la observemos directamente (ejemplo: asentimiento), o porque el terapeuta se refiera a ella (por ejemplo, en el entrenamiento en respiración se marcará la categoría *Función discriminativa* si, aunque no veamos lo que hace el cliente, aparecen verbalizaciones del tipo “hazlo tú ahora, uno..., dos... tres...” (*Función discriminativa*) ... “Bien, eso es” (*Función de refuerzo*)).

- 3.8.5 En aquellos casos en los que el terapeuta comienza a emitir una verbalización que es interrumpida por el cliente sin atender a ella, sólo se marcará su posible función (por ejemplo, informativa, instruccional, etc.) si se presenta parcial o totalmente la correspondiente información, instrucción, etc. En caso contrario, aunque “intuyamos” cuál podría haber sido la funcionalidad potencial de la verbalización del clínico en el caso de no haber sido interrumpida por el discurso del cliente, se registrará la categoría *Otras*. La única “excepción” a este criterio sería el modo de registrar el “discriminativo fallido” ya que, aunque pueda presentarse el potencial estímulo discriminativo en su forma completa, si el cliente no responde al mismo no podemos decir que haya ninguna conducta discriminada y, por tanto, se marcará la verbalización del terapeuta dentro de la categoría *Otras*. Sólo en el caso mencionado, “sabemos” que la funcionalidad no se ha dado a pesar de la forma de la verbalización, algo que no sucede con los contenidos “informativos”, “motivacionales” y/o “instruccionales”, por ejemplo, debido a que su identificación no depende de que el cliente responda ante ellos en el momento preciso en el que se presentan.

Ejemplos:

- *Cliente: “Y me empecé a poner nervioso porque notaba esas sensaciones...”*

- *Psicólogo: “Es lo que explicábamos...” (Otras)*
- *Cliente: “... y ya me tuve que ir sin compra nada.”*

- *Cliente: “Y me empecé a poner nervioso porque notaba esas sensaciones...”*
- *Psicólogo: “Es lo que explicábamos sobre la relación ciertas situaciones y la respuesta de...” (Función informativa)*
- *Cliente: “... y ya me tuve que ir sin compra nada.”*

3.8.6 Un listado de contenidos que se incluyen frecuentemente dentro de la categoría *Otras* es el que se presenta a continuación:

- ✓ Verbalizaciones que no tienen ninguna relación con el tratamiento.
Ejemplo: “*voy a apagar el móvil*”
- ✓ Verbalizaciones del terapeuta consigo mismo en voz alta
Ejemplo: “*no, este ejemplo no sirve*”, “*déjame ver esto*”
- ✓ El terapeuta no interactúa con el cliente sino que lee los autorregistros en voz audible.
- ✓ Autorrevelaciones del terapeuta: “*Mira que siento que..., además de que María es alumna mía y...*”
- ✓ Verbalizaciones iniciadas por el terapeuta pero que el cliente interrumpe para comenzar o continuar con su discurso.
- ✓ “Discriminativos” ignorados por el cliente (el terapeuta presenta una pregunta y el cliente no responde, por ejemplo).
- ✓ Verbalizaciones que podrían perseguir una funcionalidad discriminativa pero que no terminan de ser emitidas por el terapeuta.

3.9. Un caso especial: cuando es el cliente el que adopta un papel más directivo en la interacción.

Cuando el cliente formula una pregunta, el modo de registrar la conducta posterior del clínico será el siguiente:

3.9.1 Función discriminativa si la respuesta del terapeuta da pie a una nueva conducta del cliente.

Ejemplos:

- *Psicólogo: “Dime entonces lo que te resultaría más fácil” (Función discriminativa)*
- *Cliente: “¿Más fácil?”*
- *Psicólogo: “Más fácil” (Función discriminativa)*
- *Cliente: “Pues quizá empezar por los que conozco.”*

- *Cliente: “...entonces quería dedicar la tarde a colocar cortinas de esas que se ponen en las puertas, ¿sabes de las que te digo?”*
- *Psicólogo: “No, ahora mismo no caigo, la verdad” (Función discriminativa).*
- *Cliente: “Sí, esas cortinas que ...”*

- *Cliente: "... así que salí, lo llamé, le dije que si quedábamos, ¿no?.."*
- *Psicólogo: "Perdona, no te sigo" (Función discriminativa)*
- *Cliente: "Es que, como habíamos hablado de que..."*

3.9.2 Función de refuerzo si se muestra acuerdo, aceptación y/o aprobación sobre la conducta de preguntar del cliente, o si la pregunta es un mero recurso conversacional que utiliza el cliente para asegurarse de que el terapeuta está siguiendo su discurso y puede continuarlo (la función de la verbalización del terapeuta en este caso sería la de mantener, mediante el refuerzo conversacional, la conducta de hablar de su cliente)

Ejemplos:

- *Cliente: "¿Es así como tendría que actuar?"*
- *Psicólogo: "Está bien que formules esa pregunta (Función de refuerzo). Vamos a verlo. ¿Cuáles eran tus objetivos?" (Función discriminativa).*
- *Cliente: "... así que salí, lo llamé, le dije que si quedábamos, ¿no?..."*
- *Psicólogo: "Sí" (Función de refuerzo)*
- *Cliente: "... y nos fuimos a cenar. Entonces..."*

3.9.3 Función de castigo si se muestra desacuerdo, no aceptación o desagrado sobre la conducta de preguntar del cliente.

Ejemplo:

- *Cliente: "¿Es así como tendría que actuar?"*
- *Psicólogo: "Esa no es la cuestión. Vamos a ver, ¿cuál era tu objetivo?" (Función discriminativa).*

3.9.4 Función informativa, motivacional o instruccional según la respuesta del terapeuta proporcione información clínico-técnica, trate de favorecer el cambio clínico o dar pautas de actuación fuera de terapia, respectivamente.

Ejemplos:

- *Cliente: "¿Y por qué me pasa eso?"*
- *Psicólogo: "Porque has aprendido a responder así ante un conjunto de situaciones como las que hemos visto estos días en el autorregistro" (Función informativa).*
- *Cliente: "¿Tú crees que algún día conseguiré estar tranquila en esas situaciones?"*
- *Psicólogo: "No lo creo, te lo garantizo, cada vez vas a ir sintiéndote mejor, ya lo verás" (Función motivacional).*
- *Cliente: "Entonces, ¿qué tengo que hacer?"*
- *Psicólogo: "Entonces, cada vez que te sientas mal sacas la hojita y anotas la situación, qué piensas, qué sientes, qué haces y el grado de malestar" (Función instruccional).*