Facultad de Psicología
Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

UNA APROXIMACIÓN FUNCIONAL AL ESTUDIO DE LA INTERACCIÓN VERBAL EN TERAPIA

TESIS DOCTORAL

AUTORA: ELENA MARÍA RUIZ SANCHO
DIRECTORA: Dra. MARÍA XESÚS FROJÁN PARGA

Madrid, Marzo de 2011

A MIS PADRES… me encantaría que éste trabajo
les hiciera sentir muy orgullosos, sobre todo, de sí mismos.

A Montse y a Ana,
porque yo sí que sin ellas no hubiera podido.

Y a María Xesús, por enseñarme tanto
y tan bien a ser aquello que siempre he querido ser.

ÍNDICE

Pág.

CAPÍTULO I: ***MARCO GENERAL DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.*** **1**

1. INVESTIGACIÓN DE PROCESOS E INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS. 3
2. CONDUCTA VERBAL. 7
3. ANTECEDENTES Y RESULTADOS PREVIOS DE NUESTRA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN. 11

CAPÍTULO II: ***APROXIMACIONES AL ESTUDIO DEL TERAPEUTA Y EL CLIENTE.*** **15**

1. ESTUDIOS LLEVADOS A CABO SOBRE EL TERAPEUTA. 19
2. ESTUDIOS LLEVADOS A CABO SOBRE EL CLIENTE. 28
3. NUEVAS FORMAS DE ESTUDIO Y CONCLUSIONES. 34

CAPÍTULO III: ***APROXIMACIONES AL ESTUDIO DE LA INTERACCIÓN TERAPÉUTICA.*** **41**

1. FORMAS DE CONCEPTUALIZAR EL ESTUDIO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA. 47

   1.1. Formas de conceptualizar la relación terapéutica desde perspectivas no conductuales. 48

   1.2. Formas de conceptualizar la relación terapéutica desde la perspectiva conductual. 56

2. SISTEMAS DE MEDIDA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA. 61
3. COMENTARIOS FINALES Y PROPUESTA DE ESTUDIO. 64

CAPÍTULO IV. ***ESTUDIO EMPÍRICO 1: Análisis de la conducta verbal del psicólogo durante el proceso terapéutico.*** **69**

1. INTRODUCCIÓN 69
2. MÉTODO 71

2.1. Participantes 71
2.2. Variables e instrumentos 74
2.3. Procedimiento 77

3. RESULTADOS 83

3.1. Análisis descriptivo 83
3.2. Análisis de conglomerados 85
3.3. Análisis discriminante 89

4. DISCUSIÓN 96

CAPÍTULO V. *ESTUDIO EMPÍRICO 2: Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico.* **103**

1. INTRODUCCIÓN 103
2. MÉTODO 106

2.1. Participantes 106
2.2. Variables e instrumentos 106
2.3. Procedimiento 109

3. RESULTADOS 113

3.1. Análisis descriptivo 113
3.2.Comparación de las variables del comportamiento verbal de los respecto a las actividades del terapeuta. 117

4. DISCUSIÓN 121

CAPÍTULO VI. *ESTUDIO EMPÍRICO 3: Análisis de la interacción verbal entre psicólogo y cliente durante el proceso terapéutico.* **129**

1. INTRODUCCIÓN 129
2. MÉTODO 133

2.1. Participantes 133
2.2. Variables e instrumentos 133
2.3. Procedimiento 134

3. RESULTADOS 136

3.1. Exploración de relaciones secuenciales del comportamiento de terapeuta y cliente 138
3.2. Análisis de relaciones secuenciales del comportamiento de terapeuta y cliente 142

4. DISCUSIÓN 149

CAPÍTULO VII. *CONCLUSIONES FINALES* **163**

1. CONCLUSIONES SOBRE LOS ESTUDIOS EMPÍRICOS 164

1.1 Desarrollo metodológico 164
1.2. Análisis del proceso de cambio 166

2. FUTURAS LÍNEAS 175

2.1. Futuras líneas de desarrollo de la metodología de investigación 175
2.2. Futuras líneas de trabajo para el análisis del proceso de cambio 176

REFERENCIAS 179

ANEXOS

ANEXO A: Modelo de consentimiento informado

ANEXO B: Sistema de categorización de la interacción de la conducta verbal en terapia (SISC-INTER-CVT)

CAPÍTULO I

MARCO GENERAL DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

El enorme interés en la clarificación de los procesos que explican el cambio clínico estaría plenamente justificado sólo con tener en cuenta la gran cantidad de personas y entidades que están involucradas en el mismo. No hay más que atender al número creciente de clientes que solicitan tratamiento psicológico cada año, los terapeutas con amplia trayectoria que buscan reciclaje y nuevas estrategias de intervención, las nuevas generaciones de psicólogos que demandan procedimientos más exitosos o los recursos tanto públicos como privados que se destinan cada año a este tipo de ayudas.

Es cierto que el panorama con el que nos encontramos en la actualidad no es el más halagüeño. Por un lado, la polémica sobre la eficacia diferencial de las intervenciones psicológicas sigue sin estar resuelta (Norcross, Beutler y Levant, 2006; Sammons y Nathan, 2006; Stiles, Barkham, Mellor-Clarck y Connell, 2008; entre otros); es más, ni siquiera existe todavía acuerdo en el número de enfoques terapéuticos que hay. La lucha de paradigmas que se mantiene a lo largo del último siglo no ha señalado un ganador claro, ninguno ha desplazado a otro sino que, por el contrario, todos afirman haber crecido. De acuerdo con Pérez (1996) el afán por la novedad parece prosperar más rápido que el interés por la efectividad y, añadimos nosotros, por la claridad; de ahí la proliferación de los cientos de tratamientos que reivindican su existencia. Por otro lado, después de décadas de investigación y miles de estudios sobre psicoterapia, la búsqueda de los procesos explicativos tampoco presenta una situación muy alentadora; no hay evidencias que expliquen cómo o por qué la mayoría de las intervenciones estudiadas producen algún tipo de cambio (Kazdin, 2009).

Este controvertido “avance” puede tener varias explicaciones: en primer lugar, hay que destacar la complejidad del área en la que trabajamos, en la cual la urgencia del cliente que demanda beneficios rápidos es muchas veces incompatible con el tiempo y la profundidad que demandan este tipo de investigaciones, sin olvidar la dificultad de introducir el experimentalismo en la clínica por los problemas éticos que esto supondría. Por otra parte, hemos de reflexionar sobre la lucha por la preeminencia entre las diferentes teorías que se manifiesta al repasar la historia de la psicoterapia (Fairfax, 2008); de hecho, los diferentes ámbitos de la psicología están caracterizados por ser lugares de oposición y confusión, plagados de terminología diferente donde cada teoría busca su interés propio (Watters y Ofshe, 1999). Diversos autores consideran que este estado de la cuestión podría explicarse, al menos en parte, por el hecho de que la psicología en general, y la psicología cínica en particular, sea una ciencia joven, sin que ello implique la justificación de esta situación (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

Nuestra posición a este respecto es clara: consideramos que ni la complejidad del área, ni la coexistencia de modelos teóricos ni la juventud de la disciplina pueden justificar el abandono de la investigación en psicoterapia. A pesar de que el panorama no sea muy halagüeño y el camino sea arduo debemos afrontar este tipo de investigación de manera más optimista. Quizás no todos los pasos han sido hacia delante pero es innegable que, aún teniendo en cuenta los pasos desviados, hemos avanzado muchísimo. Dentro de la investigación de resultados, parece claro que el centrarse en tratamientos específicos para problemáticas concretas ha contribuido a demostrar qué enfoques son más eficientes. Mientras, los pasos en la investigación de procesos van más lentos, pero al menos nos asentamos en marcos teóricos y metodologías que nos permiten ir cada vez más seguros en la complicada tarea de explicar cómo sucede el cambio en sesión.

Durante la década de los 90 se han producido cambios sustanciales que determinan la situación actual y nuestra propuesta de investigación. En primer lugar, hay un intento manifiesto por parte de los diversos autores de clarificar el

estado de la disciplina. En el presente capítulo realizaremos una exposición del mismo mediante una breve revisión del desarrollo histórico de la investigación de resultados y de procesos con el objetivo de proporcionar una visión general de ambas. En segundo lugar, hay un acuerdo generalizado en considerar que el gran nivel de eficacia alcanzado no podrá mejorar salvo que se regrese al experimentalismo: se entiende que es necesario investigar sobre la utilización del lenguaje en terapia y la relación terapeuta-cliente entendiéndola como un contexto en el cual se produce el cambio clínico. Por lo que respecta al uso del lenguaje se está convirtiendo en un elemento de estudio central, sobre todo desde la perspectiva del condicionamiento operante, representando una de las líneas más fructíferas en Modificación de conducta. Desde el momento en que la Terapia conductual es eminentemente "hablada" (al menos en lo que a la situación clínica se refiere), los estudios sobre conducta verbal resultan de sumo interés. Por ello, continuaremos el capítulo con un repaso de la investigación llevada a cabo en el área y nos referiremos al potente desarrollo de las denominadas *terapias de tercera generación.* Para terminar, presentaremos los antecedentes y los resultados alcanzados por nuestra línea de investigación en los últimos años. Todos estos trabajos están enmarcados dentro del paradigma conductual, ya que nos parece la mejor alternativa para realizar una aproximación científica al estudio del comportamiento, y han sido llevados a cabo a través de una cuidadosa metodología observacional que, como ya dijo Skinner (1938), es el método apropiado de estudio dentro de este paradigma.

1. INVESTIGACIÓN DE PROCESOS E INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS.

La investigación en psicoterapia ha seguido dos líneas principales: la investigación de resultados, que busca dar respuesta a qué tratamientos son más eficaces, efectivos y eficientes (Labrador et al., 2000); y la investigación de procesos, que pretende comprender el fenómeno clínico, averiguando cuáles son

los mecanismos de cambio que permiten el éxito en sesión. La evolución de estas dos líneas ha seguido caminos muy diferentes en las últimas décadas y tradicionalmente se han presentado como dos frentes incompatibles, de modo que la prosperidad de una de las dos áreas casi siempre ha conllevado un frenazo en el impulso de la otra (Hill, Nutt y Jackson, 1994). Haciendo un breve repaso histórico[1] encontramos que, a mediados del siglo pasado, el polémico trabajo de Eysenck (1952) acompañado del interés de la modificación de conducta en demostrar su hegemonía frente a las psicoterapias tradicionales, impulsó la prevalencia de la investigación de resultados y prácticamente la ausencia de estudios de procesos. Las tornas se cambiaron en las décadas de 1970 y 1980: detonantes como el trabajo de Smith y Glass (1977) o la ya famosa frase "Todos han ganado y todos deben obtener premio" de Luborsky, Singer y Luborsky (1975) llevaron a la conclusión de la equivalencia entre los distintos enfoques psicoterapéuticos. Por tanto, si todos funcionaban mejor que la ausencia de tratamiento sólo quedaba descubrir a qué se debía dicho éxito terapéutico (Bastine, Fiedler y Kommer, 1990). En palabras de Bayés (1984):

> […] dado que la mayor parte de terapias están formadas por diversos elementos supuestamente terapéuticos, algunos característicos de la terapia y otros accidentales a ellos pero sin las cuales la misma no podría aplicarse, es preciso averiguar por qué funciona, es decir, cuál o cuáles son los componentes críticos responsables de los resultados obtenidos, y si la acción de los mismos - […] - es sumativa o sinérgica (pp. 137).

Este surgimiento de la investigación de procesos (Hill et al., 1994) se vio frenado a mitad de la década de los 90 por el movimiento iniciado por la American Psychological Associaton (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 eficacia, efectividad y eficiencia de los tratamientos psicológicos. Pero parece

[1] Por razones de espacio no es objetivo del presente trabajo mostrar el desarrollo histórico detallado de estas dos áreas de investigación. Exposiciones de este tipo se pueden encontrar en Hill y Lambert (1993, 2004), Labrador et al. (2000) o Pérez (1996b) entre otros.

que en la actualidad y desde hace algunos años existe un renovado interés por dar respuesta a *cómo* y *por qué* funciona la psicoterapia, como se puede ver en los estudios llevados a cabo desde la APA en lo que se ha denominado la "práctica psicológica basada en la evidencia" (*Evidence-Based Practice in Psychology* o EBPP; APA Presidential Task Force on Evidence- Based Practice, 2006).

En cierto modo esta divergencia entre ambas líneas de investigación vuelve a ejemplificar la juventud de la psicología de la que ya hablábamos más arriba. A pesar de ello y desde nuestro punto de vista, hay un espacio de convergencia que puede resultar mucho más fructífero. Tal y como plantean Shoham y Bice (1990) saber qué funciona sin saber por qué nos deja demasiadas lagunas pero, por otro lado, para saber cómo funciona será mucho más practico fijarse en lo qué funciona. Este aparente trabalenguas muestra la utilidad de acercar estas dos áreas históricamente tan distantes y poder de esta manera avanzar más firmemente en la consecución de objetivos en la investigación en psicoterapia. De esta forma, la estrategia que desde nuestro punto de vista debemos seguir si queremos desentrañar el fenómeno clínico consistirá en analizar el proceso terapéutico en los tratamientos que mayor apoyo empírico han demostrado. Comparten esta idea autores como Rosen y Davison (2003), que hablan de la necesidad de establecer principios de cambio con apoyo empírico que permitan frenar la proliferación de propuestas psicoterapéuticas "de marca", que quizás no añadan ningún mecanismo de cambio diferente con respecto a las ya establecidas hasta el momento. Actualmente, gracias al enorme trabajo realizado por muchos en la investigación en psicoterapia, parte del camino ya está despejado. El mayor énfasis dedicado a la investigación de resultados ha tenido sus frutos y actualmente podemos concluir con rotundidad que, como conjunto, los tratamientos cognitivo-conductuales[2] desarrollados en el marco de la Modificación de Conducta se han revelado como la alternativa terapéutica más

[2] 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 que la cognición es un tipo de conducta más regido por los mismos principios que cualquier otro comportamiento.

eficaz en líneas generales (Labrador et al., 1992; Nathan y Gorman, 2007; Pérez, 1996; entre otros).

Una de las primeras ventajas que encontramos al adscribirnos a esta forma de investigación es que establece una oportunidad inmejorable para retomar el antiguo problema de la separación entre investigación y práctica clínica (Kazdin, 2008; Polman, Bouman, Van Hout, Jong y Boer, 2010). El nacimiento de la modificación de conducta se vio sustentado, entre otros factores, por la aplicación de los avances de la investigación en psicología al tratamiento de los problemas de conducta animal y humana. Pero la rápida expansión de sus procedimientos y ámbitos de aplicación, el abandono de la confrontación con otros enfoques terapéuticos y la inclusión de las variables cognitivas en el denominado *salto cognitivo* (Mahoney, 1974/ 1983) provocó, entre otras cosas, la disgregación entre el laboratorio y la práctica clínica. En este sentido, la modificación de conducta llegó en la década de 1980 a una situación de crisis con respecto a su esencia (Froján, 1999). Esta manera de proceder continuó hasta la década de 1990, momento en el cual teóricos e investigadores empezaron a trabajar seriamente en la clarificación y análisis de las técnicas consideradas de modificación de conducta. Sin embargo, este desarrollo de la parte más teórica no ha conllevado un cambio en la forma de actuar de los psicólogos clínicos (Barlow, Hayes y Nelson, 1984; Forsyth, 1997; Hawkins, 1997). 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). Este eclecticismo a la hora de trabajar choca frontalmente con la estrecha vinculación de los investigadores al modelo teórico al que se adscriban, o en muchos casos defiendan. En este sentido, resulta imprescindible que, para mejorar la investigación en psicoterapia, empecemos a buscar más el rigor que la relevancia (Hill y Corbett, 1993).

De hecho, encontrar formas de proceder rigurosas es una necesidad básica teniendo en cuenta el terreno tan complejo en el que trabajamos. El área de la

investigación de procesos se ve obligada a considerar un abanico inmenso de variables potencialmente explicativas del cambio clínico (Garfield, 1990). Por ello, de entre todas las opciones que se pueden tomar a la hora de poner en marcha una investigación de procesos, hemos querido aunar para nuestra forma de proceder tres aspectos fundamentales: un sólido marco teórico desde el que conceptualizar la investigación e interpretar los datos, una metodología de trabajo rigurosa y precisa y una definición clara del fenómeno a analizar y de los objetivos de investigación. La manera de optimizar este tipo de estudios tiene que pasar por exigir condiciones metodológicas estrictas junto a una definición rigurosa de las variables (Elliot, 2010) y debe requerir una acotación precisa del objeto de estudio. En ese sentido, consideramos que llegar a comprender cómo y por qué se produce el cambio en la clínica ha de pasar necesariamente por el estudio de lo que tiene lugar en sesión y, concretamente, por el análisis de la interacción verbal que tiene lugar entre el psicólogo y el cliente. Teniendo en cuenta la enorme relevancia que ha tenido el estudio de la conducta verbal desde la tradición conductual y desde otras aproximaciones en las últimas décadas vamos a dedicar el siguiente apartado a tratar con más detalle esta cuestión.

2. CONDUCTA VERBAL.

Desde nuestro punto de vista hay varias razones que sustentan la relevancia de la conducta verbal en la clínica: primero, tenemos que tener en cuenta que en los tratamientos ambulatorios podemos conocer los problemas y progresos del cliente principalmente mediante el discurso del mismo; segundo, pocas actividades distintas a hablar se realizan en la actualidad en la clínica y, por otro lado, hay que tener en cuenta que partimos de la asunción de que el lenguaje presentado por el cliente en sesión es una conducta clínicamente relevante (Kohlenberg y Tsai, 1991) tanto porque es una muestra del problema como porque constituye una herramienta de cambio por la *correspondencia decir-hacer-decir* (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Es decir, en muchas ocasiones parte del problema del cliente radica en lo que éste se dice sobre su

vida, el mundo o sobre su propio problema. Es fundamental tener en cuenta, para las verbalizaciones disfuncionales que pueden aparecer en el contexto clínico, la equivalencia funcional entre una palabra y su referente. Esto pone de manifiesto el potencial que tiene la modificación de las verbalizaciones de la persona para cambiar, a su vez, su relación con el referente real. Además, el terapeuta trata de promover la realización de ciertas conductas fuera del contexto clínico mediante la presentación de instrucciones verbales y/o reglas en sesión. La relevancia del componente verbal en la terapia se puede constatar fácilmente desde el momento en que la aplicación de las técnicas de intervención, responsables en gran medida del cambio terapéutico, se hace de forma eminentemente verbal. No pretendemos reducir el efecto terapéutico de la intervención a la relación entre el psicólogo y el cliente sino que partimos del supuesto de que ésta se convierte en el contexto en el cual se da el cambio, ya que dicha interacción verbal permite la aplicación de las técnicas de tratamiento.

Contradictoriamente, aunque *hablar* sea una de las tareas más comunes del terapeuta de conducta, esto no implica que la inmensa mayoría de los clínicos manejen el lenguaje como *conducta verbal* (Pérez, 1996). El abandono del estudio de este tema ha sido patente durante décadas en la propia terapia de conducta como disciplina que, en su época más cognitiva, no supo ver ni por tanto analizar la conducta clínica mas frecuente en la terapia (Pérez, 2004). Esto se relaciona con la desconexión de la que hablábamos anteriormente entre teoría e investigación de la conducta, por un lado, y aplicaciones en la práctica clínica por otro. Concretamente, en esta área, la investigación conductual centrada en sujetos no humanos y en un reducido número de problemas tenía dificultades para explicar y manejar aspectos como el lenguaje (Labrador et al., 2000). Pero, a pesar de estos problemas, son numerosas las fuentes que han considerado que, como el resto de conductas, la conducta verbal se aprende, se mantiene y se modifica por los principios derivados del condicionamiento clásico y operante. Nuestra postura a la hora de aproximarnos al estudio del comportamiento verbal tiene una base clara en la psicología interconductual de Kantor (Kantor, 1936, 1957), y fundamentalmente, en el conductismo radical de Skinner (Skinner,

1938, 1957). Su famosa obra, *Conducta Verbal*, representa la extrapolación sistemática de los conceptos y principios del condicionamiento operante para dar cuenta del lenguaje como conducta.

A pesar de que la obra de Skinner en sus inicios fue más conocida por las críticas de Chomsky (1959) que de primera mano (Martínez, 1991) es innegable que actualmente sigue viva. Esto queda reflejado, por ejemplo, en la controversia generada por la serie de replicas y contrarréplicas entre Dymon y Alonso-Álvarez (2010) y Schlinger (2008a, 2010) quienes discuten, entre otras cosas, por las repercusiones del impacto generado en el ámbito del conductismo por esta línea de investigación. La huella del libro queda también reflejada en la serie de artículos publicados en la *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* en 2008 con motivo de la conmemoración del 50 aniversario de su publicación. En este homenaje autores de gran relevancia en el panorama actual como Catania, Luciano, Ribes o el propio Schlinger ensalzan el gran impacto de la obra, con sus virtudes y limitaciones, como punto de partida de toda un conjunto de líneas que intentan esclarecer las oscuras áreas del lenguaje y la cognición (Luciano, Rodríguez y Catania, 2008).

Además de las aportaciones generadas por su definición de la conducta verbal y la creación de una taxonomía propia para su clasificación, Skinner fue uno de los primeros en proponer la diferencia existente entre la conducta moldeada por contingencias frente a la conducta gobernada por reglas (1966, 1969/1979). El autor puso de manifiesto que la solución de problemas se puede explicar por reforzamiento operante, pero que también podemos aprender a partir del comportamiento verbal de otros cuáles son sus discriminativos y utilizarlos como instrucciones para resolver problemas. Expuso que las contingencias reales tienen poco efecto sobre la conducta gobernada por reglas (Skinner, 1966), aunque nunca habló abiertamente de insensibilidad a las contingencias. Este tema se convirtió en uno de los más polémicos de la investigación y, aún a día de hoy, parece no estar resuelto (Catania, 1989; Luciano, 1993; Malott, 1989; Shimoff, Matthews y Catania, 1986; entre otros).

Pero las críticas no sólo se ciñeron al tema particular de la conducta gobernada por reglas. De hecho, los ataques señalando otro tipo de limitaciones de la propuesta en general se percibieron dentro y fuera del propio paradigma conductual (Chomsky, 1959; Hayes y Hayes, 1989, Ribes, 1999, 2008; entre otros). Ya sea por sus avances o por sus limitaciones es innegable que la línea de investigación quedó abierta con la obra de Skinner y que, actualmente, es una de las áreas más activas de investigación en análisis de conducta. Una de las líneas más productivas ha sido la generada por los estudios sobre equivalencia de estímulos (Kohlenberg, Tsai y Dougher, 1993). La idea central compartida por los autores que han trabajado en este campo es que las relaciones de equivalencia entre una palabra y su referente forman la base del comportamiento simbólico implicado en el lenguaje, entendiendo que dos variables son funcionalmente equivalentes si tienen el mismo efecto sobre la conducta. Los estudios clásicos en el área fueron llevados a cabo por Sidman y colaboradores, quienes utilizaron tareas experimentales de igualación a la muestra para estudiar lo que ellos denominaron *equivalencia de estímulos* (Sidman y Tailby, 1982). Pero, en los últimos años ha aparecido una nueva línea que critica estos últimos estudios, la teoría del marco relacional (RFT; Barnes-Holmes, Hayes y Roche, 2001), que a su vez ha generado una considerable atención, investigación y debate (Gross y Fox, 2009). Los autores de la RFT proponen su teoría como una extensión del planteamiento de Skinner en algunos aspectos (Barnes- Holmes, Barnes- Homes y Cullinan, 2000) pero también exponen sus críticas y mejoras al fundador de este campo de estudio. La idea central de esta teoría es que las relaciones estimulares derivadas, que son las relaciones entre estímulos no entrenadas directamente, son comportamientos aprendidos, en concreto, son *operantes generalizadas aplicables arbitrariamente*, esto es, bajo el control de claves que pueden ser modificadas por la voluntad social. De nuevo, este planteamiento sobre la adquisición del valor referencial del lenguaje no ha estado exento de polémica como ponen de manifiesto, por ejemplo, la serie de réplicas de quienes enfatizan el papel de los procesos pavlovianos en la adquisición de significado del comportamiento verbal (Tonneau, 2004; Tonneau, Arreola y Martínez, 2006).

Sin olvidar, por supuesto, las propuestas que han recurrido a ambos paradigmas de aprendizaje para explicar la adquisición del lenguaje (Staats, 1967/1983). A pesar de las críticas, los propios detractores están de acuerdo en que la RFT está abordando una importante área de estudio (Malott, 2003; McIlvane, 2003; Spradlin, 2003).

Como se puede observar, el estudio de la conducta verbal ha despertado en los últimos años con amplios y nuevos desarrollos. Estas innovaciones se han materializado en terapias en sí mismas, específicamente en las terapias contextuales, entre las que destacan dos: la Psicoterapia Analítica Funcional (PAF) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). La exposición de las mismas tendrá lugar posteriormente; por ahora, para finalizar con este capítulo, nos disponemos a explicar los antecedetentes a nuestro trabajo y los resultados obtenidos en los últimos años.

3. ANTECEDENTES Y RESULTADOS PREVIOS DE NUESTRA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.

Son muchos los autores que han realizado un meritorio esfuerzo en el ámbito del análisis del proceso terapéutico contribuyendo a la formulación de una teoría conductual del cambio clínico y a la utilización de dicha conceptualización para crear formas más efectivas de proceder en terapia. Respecto al estudio de la influencia de la conducta verbal del terapeuta sobre el proceso clínico ya en 1966 Truax establecía la existencia de una relación directa entre las conductas del terapeuta y del cliente, explicando la ocurrencia del cambio en virtud de procesos de reforzamiento. Unos años más tarde, en la Universidad de Reno, el grupo de Willard Day inició una potente línea de investigación encaminada al análisis del comportamiento verbal durante el desarrollo de la terapia, desencadenando que el estudio de los procesos que explican el cambio clínico se convirtiera en un tema de interés para diversos investigadores de todo el mundo. Autores provenientes de este grupo se basaron

en la aplicación de los postulados del conductismo radical al análisis de la conducta clínica, dando como resultado el potente desarrollo de las denominadas *terapias de tercera generación* (Hayes, 2005; Hayes, Wilson, Gilford, Follette y Strosahl, 1996; Kohlenberg y Tsai, 1991; Tsai et al., 2009). En estas terapias se explica el mecanismo de cambio como fruto del reforzamiento contingente y diferencial ante conductas meta del cliente: el terapeuta adquiere la función de estímulo discriminativo y reforzador y concluyen que gran parte de lo que ocurre en terapia se puede entender como el desarrollo de una nueva historia de aprendizaje para el cliente, centrándose sobre todo en el establecimiento de un repertorio verbal alternativo al presentado hasta el momento (Kohlenberg y Tsai, 1995; Strosahl, Hayes, Wilson y Gilford, 2005). En España, el grupo de Luciano constituye uno de los principales referentes en cuanto al estudio de la conducta verbal en el contexto clínico y el aprendizaje por reglas (Luciano, Barnes-Holmes y Barnes-Holmes, 2002; Luciano y Hayes, 2001). En la Universidad de Málaga, el grupo de Valero se ha centrado en la investigación sobre la Psicoterapia Analítica Funcional y su énfasis en las contingencias que ocurren en el propio contexto terapéutico, en el reforzamiento natural y en el moldeamiento (Kohlenberg et al., 2005; Ferro, Valero y López, 2007).

Para avanzar en este tipo de estudios sobre lo que sucede en terapia ha sido necesario el desarrollo de distintos sistemas de categorización de la conducta verbal del psicólogo y/o del cliente, algunos de ellos basados en los contenidos y/o la forma de las verbalizaciones del terapeuta y otros en la posible funcionalidad de las mismas: *Taxonomy of verbal response modes* (*VRM*; Stiles, 1987), *The Counselor Verbal Response Category System* (Hill, 1978), *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (*FAPRS*, Callaghan, 1998) o *Client Verbal Response Category System* (Hill et al., 1981). Estrechamente relacionado con este tipo de propuestas está el desarrollo por parte de nuestro grupo de investigación de una estrategia metodológica para el análisis de la conducta verbal observada en sesión; ésta tiene un claro antecedente en la “Metodología de Reno” antes citada, pero superando algunas de las dificultades encontradas por el grupo de Day (Froján, Montaño y Calero, 2006; Froján et al., 2008). Utilizando

esta metodología, hemos desarrollado un sistema de categorización de las posibles funciones de la conducta verbal del terapeuta que ha resultado eficaz para clasificar dicha conducta, con un nivel de precisión de los observadores de entre un 87% y un 93% (Bakeman, Quera, McArthur y Robinson, 1997). Hemos aplicado este sistema de categorización a más de 100 sesiones clínicas de diversos clientes y problemáticas de manera que hemos podido demostrar su utilidad para la clasificación de la conducta verbal del terapeuta, manteniéndose en todos los casos los indicadores de fiabilidad obtenidos durante el desarrollo del sistema. Los resultados de estos trabajos (Froján et al., 2008; Froján, Montaño, Calero y Ruiz, en prensa; Montaño, 2008) permiten concluir que las hipotéticas funciones de la conducta verbal de los psicólogos en sesión van cambiando a largo de la misma y que dichas variaciones no guardan relación con el terapeuta analizado, el cliente considerado o la problemática tratada sino que lo que determina el cambio es el momento o *actividad clínicamente relevante* que se está llevando a cabo en sesión (evaluar, explicar, entrenar/tratar o intentar 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. Hasta el trabajo actual no habíamos respondido a muchas de las preguntas surgidas tras la obtención de estos primeros resultados, pero sin embargo, si hemos hecho una aproximación al estudio de los mecanismos de aprendizaje que pueden subyacer al cambio clínico con el estudio pormenorizado de la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva (Calero, 2009; Froján, Calero y Montaño, 2006). En dicho estudio desarrollamos el *Subsistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta para el estudio de la reestructuración cognitiva* (*SISC-CVT-RC*) a partir del sistema de categorización general, y su correspondiente subsistema para la conducta verbal del cliente, *SISC-CVC-RC*, en el cual se plantearon las categorías que recogerían las verbalizaciones que éste podría emitir como respuesta a estas hipotéticas funciones del psicólogo (con un porcentaje de precisión situado entre el 80% y el 88%). La utilización de ambos

sistemas para la categorización de la interacción y el posterior análisis secuencial de los datos de los registros permitieron concluir que el debate podría ser definido como un procedimiento de moldeamiento verbal mediante el cual el terapeuta proporcionaba discriminativos, reforzaba o castigaba las verbalizaciones del cliente hasta conseguir que éste emitiese la verbalización planteada como meta final (Calero, 2009; Froján y Calero, en prensa).

A la vista de estos resultados consideramos pertinente plantearnos el trabajo de esta tesis doctoral, que pretende dar un paso más hacia la clarificación del proceso terapéutico y los hipotéticos procesos de aprendizaje que ocurren a lo largo del mismo, para lo cual resulta imprescindible la incorporación del estudio de la conducta del cliente. Tener en cuenta al otro protagonista de la terapia es indispensable para poder llevar a cabo un auténtico análisis de la interacción y poder comprobar el verdadero valor funcional de las conductas del terapeuta observadas en sesión. La observación de los dos protagonistas de la terapia y de su interacción se ha llevado a cabo desde diversos enfoques y aproximaciones, el objetivo de los siguientes capítulos es realizar una revisión de las diferentes maneras de afrontar el estudio de los mismos. Como veremos en el siguiente capítulo, el estudio del cliente y del terapeuta se ha abordado mayoritariamente describiendo las características de ambos y cómo tales características podían influir en el desarrollo de la terapia; hasta muy recientemente no se ha visto interés en analizarlos como agentes “moldeables” por la propia interacción, interacción que, por otra parte, es causa y efecto del procesos de aprendizaje que tienen lugar en el contexto terapéutico. Las variables que paciente y terapeuta aportan a terapia serían en el caso del primero, una suerte de variables disposicionales con las que el terapeuta tendría que “jugar” y en el caso de éste último, un elemento que manejaría a conveniencia dado su conocimiento del papel que desempeña en el cambio. Desde nuestra perspectiva separar la relación terapéutica de las propias técnicas no tiene sentido ya que una y otras llevan a los mismos resultados, estos son, la ocurrencia de los procesos de aprendizaje responsables del cambio.

CAPÍTULO II

APROXIMACIONES AL ESTUDIO DE TERAPEUTA Y CLIENTE.

Tratar de abordar el estudio de los dos protagonistas de la terapia ha sido el objetivo de múltiples estudios, meta-análisis y revisiones a lo largo de las últimas décadas. Actualmente, a pesar de los esfuerzos dedicados por muchos investigadores, parece difícil afirmar que se tengan conclusiones claras al respecto. Sabemos que, sistemáticamente, algunos terapeutas consiguen mejores resultados que otros (Blatt, Sanislow, Zuroff y Pilkonis, 1996; Crits-Christoph y Mintz, 1991; Luborsky, McCellan, Diguer, Woody y Seligman, 1997; Project MATCH Research Group, 1998), pero éste no es un hallazgo reciente: Kiesler ya apuntaba en 1966, en un estudio que para muchos fue el inicio del interés en los efectos del terapeuta (Elkin, 1999; Truax y Mitchell, 1971), que la asunción de la uniformidad de los terapeutas era un mito de la investigación en psicoterapia. Por otro lado, sabemos que el cliente ha sido descrito por muchos como el verdadero protagonista de la sesión y se ha defendido que la capacidad del mismo para cambiar es el factor más potente existente en psicoterapia (Bohart, 2000). Pero ninguna de estas afirmaciones se ha acompañado de hallazgos que despejen dichas variables sino que al contrario, como veremos posteriormente, el estudio de terapeuta y cliente esta plagado de resultados ambiguos y contradictorios (Corbella y Botella, 2004).

Tal y como reflejábamos en el capítulo anterior, la investigación en psicoterapia ha experimentado importantes cambios de objetivo en el último siglo, lo que ha hecho que el análisis de terapeuta y cliente se haya visto claramente influido por ello. A pesar de la existencia de trabajos previos que más tarde revisaremos, el gran estallido en el estudio de ambos protagonistas tuvo uno de sus grandes detonantes en la sentencia “Todos han ganado y todos deben

obtener premio" de Luborsky et al., (1975) y en el meta-análisis de Smith y Glass (1977). Estos supusieron los desencadenantes de una revolución en el planteamiento de los objetivos de investigación que hasta el momento se habían centrado en la búsqueda de la preeminencia de la psicoterapia o de alguno de sus enfoques. Para algunos, la mejor explicación que se podía 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). No es objetivo de la presente tesis doctoral detenernos en los muchos listados de factores comunes que desembocaron tras esta línea[3], pero es importante señalar que todos están de acuerdo en que no son los manuales ni las técnicas específicas las que provocan el éxito terapéutico, sino que son los factores inespecíficos encerrados tras el terapeuta, el cliente y su relación los que explican que pueda suceder el cambio en sesión.

Dejando de lado el estudio de la interacción en el que nos detendremos en el siguiente capítulo, estamos de acuerdo con la línea anterior en que para esclarecer las claves que permiten entender la mejora en la clínica debemos tener en cuenta tales factores inespecíficos y, por ello, el análisis de sus protagonistas. De hecho, según afirman Blatt, Zuroff, Hawley y Auerbach (2010), uno de los problemas de la investigación de procesos ha sido asumir que todos los clientes y todos los terapeutas son iguales. Pero, como más adelante detallaremos, no compartimos la manera en la que se han entendido dichos factores inespecíficos que, desde nuestro punto de vista, son el contexto que facilita que ocurran los procesos de aprendizaje que subyacen al cambio terapéutico. Es innegable que el objetivo no es nada fácil, las variables del terapeuta interactúan de forma compleja con las variables del cliente, lo que dificulta la discriminación acerca de lo que realmente aporta cada uno de estos actores al proceso psicoterapéutico (Roussos, 2001). Esto probablemente ha provocado que muchas de las

[3] Se pueden encontrar exposiciones detalladas de este enfoque en trabajos como el de Grencavage y Norcross (1990) y Lambert y Bergin (1994); entre otros.

aproximaciones se hayan perdido en el estudio de factores sociodemográficos del cliente, características particulares del terapeuta o de su estilo personal al llevar a cabo su trabajo que han demostrado en numerosos estudios su relación escasa o nula con el resultado (por ejemplo, Beutler et al., 2004; Clarkin y Levy, 2004). Poco o nada nos interesa, de cara a desentrañar los procesos de cambio, conocer los supuestos rasgos de las dos personas que se encuentran en terapia con el objetivo común de la mejora del cliente; es cierto que este tipo de conocimiento nos puede ayudar a entender algunas de las circunstancias que rodean al cambio clínico, como por ejemplo qué condiciones de cualquier sujeto facilitan el hecho de que acuda a terapia cuando se encuentra mal, frente a otra persona que con menos probabilidad pediría ayuda a un psicólogo, pero ese tipo de información poco va a aportar a la explicación de cómo sucede ese deseado cambio.

A finales del siglo pasado la ausencia de conclusiones claras en esta línea, junto con otros factores, produjo el abandono de este tipo de estudios reimpulsando la investigación de la eficacia de los distintos enfoques terapéuticos y de los tratamientos específicos para problemáticas concretas materializados, por ejemplo, en el polémico informe de los *tratamientos empíricamente validados* (Task Force, 1995). Pero, como manifiesta Garfield (1997) en una serie de artículos relacionados con el abandono del estudio del terapeuta, a pesar de que intentaran homogeneizar las variables del terapeuta en la selección de la muestra, su entrenamiento y supervisión para conseguir el máximo control, las conclusiones seguían indicando que el peso de los protagonistas de la interacción explicaba algo o mucho del desenlace de la terapia (Blatt et al., 1996; Crits-Christoph et al., 1991; Luborsky et al., 1996, 1997; Strupp y Anderson, 1997). Estos datos estimularon de nuevo los trabajos realizados en los últimos años focalizados en terapeuta y cliente; aunque en los mismos en ocasiones se propongan hipótesis rebuscadas relacionadas con características concretas de los protagonistas (Beutler et al., 2004), empiezan a aparecer estudios enfocados al análisis de las actividades llevadas a cabo por el psicólogo a lo largo de las distintas fases de la terapia (García y Fernández-Álvarez, 2007), a investigar la disposición activa de los clientes tanto dentro

como fuera de sesión (Carey, 2005), o estudios centrados en la interacción buscando la compatibilidad de estilos de terapia para clientes concretos (Beutler y Clarkin, 1990). Es cierto que muchos de estos movimientos pretenden dotar de carácter explicativo a muchas de las variables que estudian cuando, desde nuestro punto de vista, la importancia de esas características es que conforman el contexto para que ocurran los procesos de aprendizaje que realmente explican el cambio, pero no deja de ser interesante el análisis de las actividades de terapeuta o cliente o el intento de resolver cómo se puede establecer una relación más efectiva.

Tradicionalmente, el estudio de las variables del terapeuta y del cliente y su posible influencia sobre el cambio clínico han sido abordadas desde perspectivas psicoterapéuticas no conductuales, no tan interesadas en general en desentrañar los procesos responsables del cambio sino más bien en constatar la ocurrencia de una serie de efectos que les eran atribuidos. Y estos efectos o sus supuestos procesos causales podían deberse a un conjunto de variables más o menos permanentes del terapeuta o del cliente, que pronto se empezaron a relacionar con el éxito de una terapia. Por el contrario el abordaje conductual del proceso clínico no empezó a ocuparse seriamente de estos aspectos hasta la década de los 90, ya que la prioridad de esta perspectiva era inicialmente el estudio del los mecanismos de aprendizaje desencadenados por los procedimientos terapéuticos, relativamente independientes del terapeuta y del cliente. Más tarde, cuando el enfoque conductual abandonó el experimentalismo y se inició el alejamiento de los modelos de condicionamiento la investigación de los mecanismos de cambio se fue abandonando y fue sustituida por la investigación de resultados y la manualización de las intervenciones. Es por eso que en las páginas siguientes nos referiremos a los resultados obtenidos mayoritariamente en investigaciones lejanas al modelo conductual. La revisión no pretende ser exhaustiva ni abarcar todas las áreas de investigación del estudio psicoterapéutico, sino reflejar alguna de las respuestas que la investigación ha proporcionado a los muchos interrogantes que se han formulado alrededor de los protagonistas de la terapia. Tras abordar el estudio del terapeuta y del cliente por

separado, pasaremos a exponer las tendencias más recientes en este ámbito junto con los problemas que se plantean. Para finalizar, expondremos cuál es nuestra posición al respecto del estudio de los protagonistas del proceso terapéutico.

1. ESTUDIOS LLEVADOS A CABO SOBRE EL TERAPEUTA.

Si existe un punto común entre los numerosos investigadores que han pretendido esclarecer quiénes y cómo son los terapeutas o qué es lo que hacen, es el acuerdo acerca de que existe una enorme variabilidad entre unos y otros así como en los resultados que obtienen en terapia entre sus diferentes clientes (Blatt et al., 2010; Orlinsky y Howard, 1986; Truax y Mitchell, 1971). La practica profesional de la psicoterapia no consiste en la mera aplicación de unas técnicas surgidas de un conocimiento teórico sino que supone el encuentro entre dos personas con una amplia variedad de factores que las rodean (Corbella y Botella, 2004). El estudio de la personalidad, el estilo de afrontamiento, el bienestar emocional, las creencias y los valores son algunos de los factores personales que han sido estudiados en el campo de la investigación sobre el terapeuta (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994) y que han permitido a muchos autores afirmar que todo lo relacionado con el mismo explica un mayor porcentaje de varianza de los resultados finales que la terapia utilizada (Crits-Christoph y Mintz, 1991; Krause y Lutz, 2009; Luborsky et al., 1986)

Para realizar este breve repaso es necesario remontarse varias décadas atrás, donde encontramos numerosos estudios llevados a cabo sobre el terapeuta y su impacto sobre sus clientes (Lieberman, Yalom y Miles, 1973; Meltzoff y Korneich, 1970; Miller, Taylor y West, 1980; Nash et al., 1965; entre otros). Estos trabajos iniciales, en general, no se enmarcaban dentro de una línea concreta y supusieron el punto de partida de todos los enfoques posteriores; a continuación vamos a indicar algunos de los trabajos que más relevancia obtuvieron. Uno de los análisis de más repercusión fue el llevado a cabo por Kiesler (1966) quien basándose en estudios previos fue de los primeros en cuestionar la asunción de que todos los terapeutas fueran iguales. Otro de los

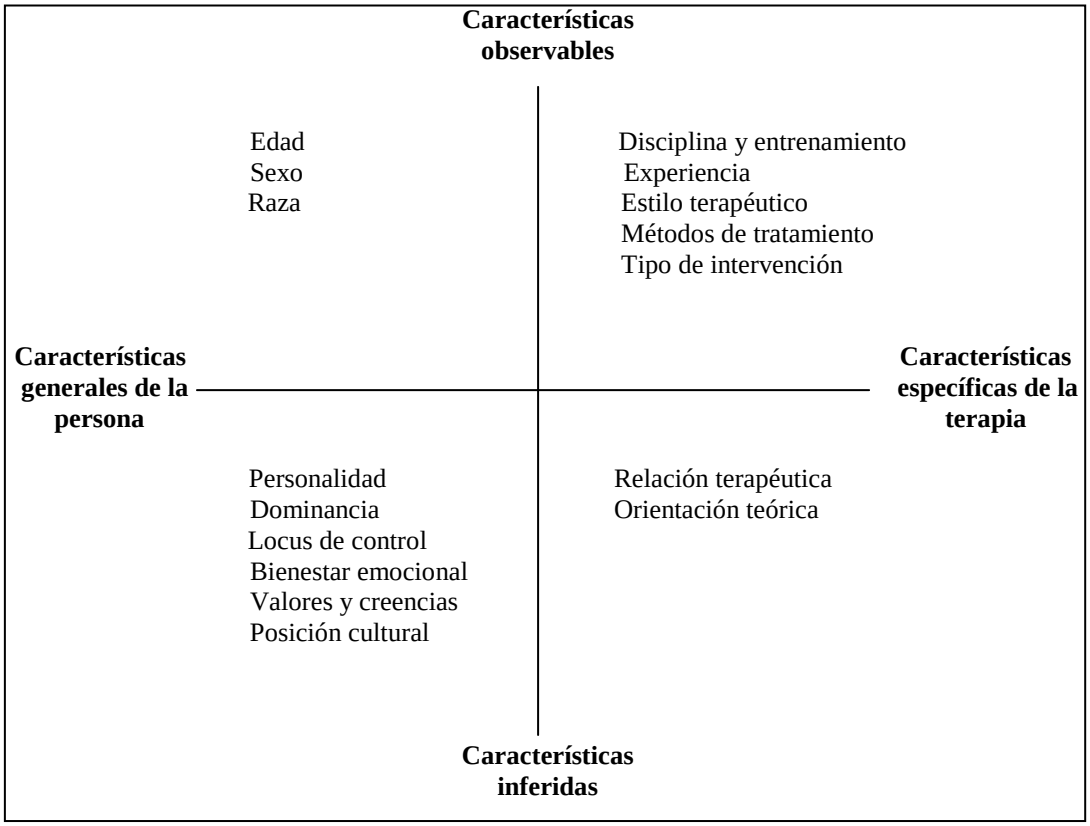
trabajos claves fue el desarrollado por Riscks (1974) en el cual describía los excepcionales resultados que obtenía un terapeuta concreto, al que denominó "Supershrink", con adolescentes con problemas de ansiedad, frente a otro cuyos resultados fueron extremadamente pobres y que más tarde Bergin y Suinn (1975) denominarían "Pseudoshrink". Este trabajo, entre otras cuestiones, inició un cambio de perspectiva en la forma de aproximarse al estudio del terapeuta: hasta el momento las conclusiones obtenidas solían derivarse del juicio realizado por supervisores que analizaban el desarrollo de las sesiones, como podemos observar en muchos de los estudios llevados a cabo entre 1940 y 1960 en los que clínicos expertos y supervisores realizaban diferentes listados acerca del *terapeuta ideal* (por ejemplo en Holt y Luborsky, 1958); el trabajo de Riscks estimuló el estudio comparativo entre diversos terapeutas cuyos resultados eran muy diferentes (Luborsky, 1997). Desde la terapia centrada en el cliente también se llevaron a cabo trabajos (Carkuhuff, 1969) que más tarde fueron replicados en otro de los estudios más señalados, el llevado a cabo por Orlinsky y Howard (1980), en el que examinaron los datos de 23 terapeutas que trataron a 143 mujeres con efectos muy dispares. Las conclusiones a las que llegaron eran más optimistas para los terapeutas con peores resultados que en trabajos anteriores, ya que reconocían el correcto trabajo de los mismos siempre que no se les presentaran los casos más complicados, proponiendo para cada terapeuta un rango de posibles clientes. Como último ejemplo nos referiremos a los datos obtenidos por Shapiro y Firth (1987); el objetivo de los investigadores en este trabajo era comparar el tratamiento cognitivo-conductual frente al tratamiento psicodinámico y para ello se estudiaron a 4 terapeutas que trataron desde 6 a 18 clientes cada uno. Los resultados situaron en mejor lugar a la terapia cognitivo-conductual, pero sobre todo llamaron la atención por el éxito conseguido por uno de los terapeutas frente a los demás independientemente de que trabajaran o no desde su mismo enfoque. Estos datos ya habían sido obtenidos en el estudio de Risks pero los autores dan especial relevancia al hecho de que el estudio fue especialmente diseñado para minimizar los efectos específicos de cada terapeuta individual (Shapiro, Firth-Cozens y Stiles, 1989). Estos son algunos de los

trabajos más representativos que, como otros muchos, afrontaron las grandes dificultades de la investigación en psicoterapia; de hecho, a pesar de suponer importantes avances en el campo no dieron paso a conclusiones fácilmente generalizables. Tal y como señala Martindale (1978) estos trabajos iniciales se veían muy influidos por los terapeutas utilizados y por ello, a menudo, el cambio de muestra suponía un cambio en los resultados.

Las dificultades para trabajar con muestras homogéneas, los resultados contradictorios y a menudo poco generalizables y el énfasis en el estudio de los tratamientos específicos condujo a finales de los 80 y durante los 90 a un frenazo en la investigación llevada a cabo en torno a los efectos del terapeuta (Lambert y Okiishi, 1997). Pero los resultados obtenidos fueron tantos y tan diversos que nos parece relevante detenernos en las variables puestas en juego para explicar la afirmación dada por todos de que no existen dos terapeutas iguales. Para ello vamos a guiarnos en la clasificación aportada en las diferentes ediciones del *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Bergin y Garfield, 1971; 1994; Garfield y Bergin, 1986; Lambert, 2004), en las que, entre otras múltiples aportaciones, realizan una práctica sistematización de las cuantiosísimas variables analizadas para abordar el estudio del terapeuta que se encuentra recogida en la figura II.1. En la misma podemos observar la clasificación de las variables del terapeuta en dos dimensiones diferentes: el rango de características situadas en la primera dimensión las sitúa en un continuo en el que varían desde las cualidades más estáticas y extra-terapéuticas a las más específicas y referidas a momentos de la terapia; la segunda dimensión establece la distinción entre características observables, pertinentes de ser identificadas por procedimientos ajenos al terapeuta, frente a las características inferidas las cuales comprenden constructos hipotéticos cuya identificación depende de procedimientos indirectos. No pretendemos realizar un análisis pormenorizado de cada una de estas variables pero si nos parece interesante resaltar algunos de los datos más relevantes encontrados en las diferentes ediciones de estos manuales. Nos hemos guiado concretamente en la revisión llevada a cabo por Beutler et al. (2004) en la

que realizan un meta-análisis acumulando la información desarrollada en ediciones anteriores acompañada de las publicaciones más recientes.

Figura II. 1. Clasificación de las características del terapeuta (Beutler et al., 2004)



En el primer cuadrante nos encontramos las variables observables y perdurables en el tiempo que engloban características sociodemográficas como la edad, el sexo o la raza. A pesar de ser variables que se han puesto en relación con el resultado, el abandono y otros muchos aspectos de las sesiones en múltiples ocasiones a lo largo de las últimas décadas, han mostrado una relación prácticamente nula con el desarrollo de la terapia y su investigación ha ido perdiendo interés. Algunos de los trabajos revelan ciertas ventajas por el hecho de que las edades de terapeuta y cliente sean similares (Beck, 1988; Dembo, Ikle y Ciarlo, 1983) o que los dos sean de la misma raza (Snowden, Hu y Jerrell, 1995; Sue, Fujino, Hu, Takeuchi y Zane, 1991) pero sus hallazgos no van mucho más allá ni aportan resultados que ayuden a clarificar el cambio clínico. Respecto a la edad, los estudios citados muestran datos sobre el hecho de que terapeutas

mucho menores que sus clientes obtienen peores resultados que terapeutas con edades más cercanas. Desde nuestro punto de vista, gran parte de estas conclusiones se pueden deber al planteamiento de partida que tienen este tipo de estudios, basados en una visión tradicional y en los prejuicios acerca del papel del psicólogo más que en aspectos vinculados al estudio riguroso del cambio terapéutico; muchos de estos autores consideran que la capacidad de ayudar de un terapeuta tiene más relación con sus habilidades a la hora de escuchar y con su amplia experiencia vital que con el hecho de que sea un técnico cualificado conocedor de los procesos claves del cambio clínico. Por otro lado, respecto a la raza, al igual que Beutler et al. (2004) consideramos que muchos de estos resultados se han visto influidos más por exigencias políticas e intereses sociales que por demostraciones empíricas de la validez predictiva.

Al repasar los resultados de las variables observables y específicas que observamos en el segundo cuadrante de nuevo nos encontramos con información muy contradictoria. Esta revisión contiene estudios realizados sobre características profesionales como el tipo de disciplina que obtiene mejores resultados, la cantidad de entrenamiento, la experiencia, el estilo psicoterapéutico, los métodos de tratamiento o el tipo de intervención. De entre todos estos factores el único que resulta avalado de manera significativa es la experiencia profesional, el resto quedan configurados como pobres predictores del éxito y del seguimiento del tratamiento terapéutico con resultados que se oponen continuamente unos con otros. Pero la variable experiencia tampoco ha estado exenta de controversia, los esfuerzos realizados para clarificar este componente han sido tan numerosos que nos parece pertinente detenernos en algunos de esos trabajos. Lambert (1982) y Bergin (1971) encontraron que los resultados de las intervenciones estaban relacionados con la experiencia del terapeuta, Greenspan y Kulish (1985) comprobaron que aquellos profesionales con el título de doctor y con experiencia como psicoterapeuta, tenían menor tasa de abandonos por parte de los clientes que los demás terapeutas. Otros estudios dan apoyo a la diferencia en la eficacia de los terapeutas según posean o no el grado de doctor, pero no encuentran significativo el nivel de experiencia clínica

para explicar la varianza en la eficacia de los terapeutas (Blatt et al., 1996). Beck (1988) encontró que la formación y la experiencia eran variables relacionadas con la efectividad, mientras que Parloff (1986) obtuvo unos resultados que no mostraban una correlación clara entre esta variable y la eficacia terapéutica. De este modo encontramos revisiones que consideran que la experiencia tiene poca relación sobre los resultados (Beutler et al., 1994; Stein y Lambert, 1984) y otras que encuentran alguna relación (Baekeland y Lundwall, 1975; Huppert et al., 2001; Lyons y Woods, 1991). Ante este panorama parece evidente la necesidad de realizar otras investigaciones con la variable experiencia bien definida para conseguir resultados sin tantas contradicciones (Berman y Norton, 1985) ya que muchas veces resulta difícil diferenciar los criterios utilizados por los autores de la mayoría de los estudios para discriminar la experiencia de otras variables como la formación, la edad, el entrenamiento o la supervisión. Autores como Beutler (1997) o Stein y Lambert (1995) también hacen referencia a este tipo de dificultades en el aislamiento de la experiencia y en su definición, que encontramos por ejemplo en las divergencias a la hora de medirla: algunos estudios únicamente dan cuenta de los años transcurridos desde que el terapeuta empezó a ejercer, en otros se refieren también a la frecuencia de los casos manejados, en algunos se considera la valoración personal de cada psicólogo y en otros simplemente el título obtenido. En nuestra opinión, y en la de clínicos y clientes (Beutler, 1997), independientemente de las dificultades que ha acarreado el estudio de este factor, parece congruente pensar que la experiencia del terapeuta y de cualquier profesional resulta una variable predictiva del buen funcionamiento y del resultado. Pero el hecho de encontrarnos con un componente indicativo del cambio no nos facilita el tipo de explicación que pretendemos descubrir, saber que la acumulación de acontecimientos y experiencias posibilitan el aprendizaje de las acciones prácticas del terapeuta no nos ayuda a conocer cuáles son los procesos que acompañan esas acciones para alcanzar el éxito que predicen.

En el tercer cuadrante nos encontramos las variables inferidas y perdurables en el tiempo que comprenden diferentes características personales

del terapeuta, estilos de vida, actitudes culturales o bienestar emocional. A pesar de haberse encontrado leves tamaños del efecto asociados a estas dos últimas características, una de las conclusiones aceptadas al revisar este tipo de estudios es que resulta muy difícil generalizar los resultados obtenidos por la cantidad de variables que ponen en juego. Una vez revisados los tres primeros cuadrantes de la clasificación parece cada vez más claro que la tentación de encontrar un perfil estable del terapeuta que sea eficaz para todos los clientes debe ser abandonada (Corbella y Botella, 2004).

Finalmente, en el cuarto cuadrante nos encontramos las variables inferidas y específicas que engloban dos aspectos tan abiertos como la orientación teórica del psicólogo y su contribución a la relación terapéutica. El estudio de la variable orientación teórica siempre se ha visto relacionado con la investigación de resultados que busca dar preeminencia a unos enfoques frente a otros; las conclusiones de muchos estudios indican que, independientemente del nivel de adherencia que muestren los terapeutas a su orientación teórica, su efecto en el éxito terapéutico es muy cercano a cero (Webb, De Rubeis y Barber, 2010) encontrando dentro de cada modelo una enorme variabilidad en los procedimientos utilizados y en los resultados alcanzados (Crits-Christoph et al., 1991; Malik, Alimohamed, Holloway y Beutler, 2000; Najavits y Weiss, 1994; entre otros). Por otro lado, respecto a la relación terapéutica, se ha afirmado que la consecución de una interacción positiva en el contexto clínico siempre se ha revelado como un fuerte predictor del cambio en sesión (Andrews, 2000; Lambert, 1992; Orlinsky, Grawe y Parks, 1994) y tal y como muestran revisiones como la de Ackerman y Hilsenroth (2003) son muchos los trabajos que avalan la existencia de ciertas condiciones del terapeuta que fomentan la creación de una alianza positiva. Los autores afirman que, independientemente del enfoque terapéutico, características como la flexibilidad, la honestidad, el respeto, la calidez o la apertura y, acciones como la exploración, la reflexión, la interpretación o la facilitación de muestras de afecto se relacionan significativamente con el desarrollo y el mantenimiento de una relación terapéutica efectiva. Pero también señalan en sus conclusiones que dicha relación

terapéutica no puede ser entendida fuera de un contexto y sin el otro elemento de la interacción, el cliente; por ello aconsejan dedicar los esfuerzos de la investigación futura al análisis de la interacción con el objetivo de alcanzar conclusiones acerca de cómo y por qué la relación terapéutica resulta tan significativa. Beutler et al. (1994) señalan en su revisión que las variables englobadas en este cuadrante son las que han mostrado un efecto más potente relacionado con el éxito terapéutico pero son factores que no atañen únicamente al terapeuta si no que presentan una relación necesaria con el cliente y el contexto y sin el estudio de estos elementos el conocimiento de la contribución individual del terapeuta no aporta mucho.

Como hemos podido observar en este breve repaso a las variables estudiadas del terapeuta, a pesar de los grandes esfuerzos que se han dedicado a su estudio, los resultados no han permitido llegar a conclusiones generalizables que conduzcan a la clarificación del proceso terapéutico. Esta es una de las principales razones que explica que a finales del siglo pasado el estudio de los efectos del terapeuta pasara a un segundo lugar, frente al protagonismo de las investigaciones de resultado comparando las diferentes orientaciones terapéuticas y del estudio de formas especificas de psicoterapia para el tratamiento de trastornos concretos (Elkin, 1999). En este contexto, la división 12 de la APA creó una comisión para la promoción y difusión de los procedimientos psicológicos cuyo primer cometido fue la elaboración de un informe (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 debate y la polémica que siguió a la publicación de este informe fue enorme, las principales críticas formuladas entonces tuvieron que ver con el uso de criterios de clasificación psiquiátrica, la infravaloración de los estudios de meta-análisis, la atención prestada a la eficacia de los tratamientos psicológicos frente a la efectividad de los mismos y el énfasis en la estandarización de los tratamientos frente a una perspectiva individualizada de la terapia (Chambless y Ollendick, 2001; Elliot, 1998; Garfield, 1996). Respecto a este último punto, entre los textos

más relevantes que se publicaron hemos de destacar la serie de artículos editada por la *Clinical Psychology: Science and Practice* en 1997 donde autores de la relevancia de Garfield, Beutler, Bergin, Lambert o Luborsky reflexionan acerca del abandono sufrido en la investigación en relación a los efectos del terapeuta sobre el cambio clínico. Desde su punto de vista la urgencia por encontrar soluciones rápidas al malestar de los clientes acompañada de intereses económicos y políticos, de la búsqueda de la supremacía de cada escuela, de las reticencias por parte de los terapeutas a ser estudiados y del modelo médico preeminente, ha provocado el auge en la investigación de las técnicas, la estandarización de la terapia, la búsqueda de diagnóstico de los clientes o la puesta a prueba continua de tratamientos específicos a pesar de que en numerosas ocasiones todos estos intentos tampoco se hayan visto avalados por los resultados de la investigación. Ponen de relieve estudios como el *Treatment of Depression Collaborative Research Program* (TDCRP) sufragado por el National Institute of Mental Health (NIMH) que ha supuesto el trabajo más ampliamente financiado en la historia de la psicoterapia y que pretendía comparar los resultados de las diferentes técnicas en el tratamiento de la depresión (Elkin, 1994). El trabajo se caracterizó por un diseño muy cuidadoso y un control máximo de todas las variables, con el objetivo de la estandarización de los tratamientos por encima de la eficacia individual de los psicólogos (Elkin, 1999). Para ello se llevó a cabo una cuidadosa selección de los terapeutas a la par que un riguroso entrenamiento y una meticulosa supervisión, aspectos que no impidieron que, consistentemente con investigaciones previas (Crits-Christoph, 1992; Luborsky et al., 1986; Stiles, Shapiro y Elliot, 1986; entre otros) el resultado en el TDCRP estuviera más relacionado con las diferencias entre terapeutas y clientes que con el tipo de tratamiento utilizado (Blatt et al., 1996). Como es de imaginar este estudio conllevó una enorme polémica que ha llegado prácticamente hasta nuestros días (Crits-Christoph y Gallop, 2006; Elkin, Falconnier y Martinovich, 2007; Kim, Wampold y Bolt, 2006; Lambert, 2005; entre otros) en la que se sigue poniendo de relevancia las enormes dificultades para diferenciar al terapeuta de la terapia (Elkin, 1999).

Finalmente, más allá de estas y otros debates, lo que tenemos en la actualidad es la afirmación de que, aunque algunos terapeutas obtengan sistemáticamente mejores resultados que otros (Lambert, 1989; Lafferty, Beutler y Crago, 1989; Luborsky, Woody, McCellan, O´Brien y Rosenzweig, 1982; Garfield, 1997; Beutler, 1997) pocas características de los más efectivos han sido identificadas (Okiishi, Lambert, Nielsen y Ogles, 2003; Lambert y Baldwin, 2009; Anderson, Ogles, Patterson, Lambert, y Vermeersch, 2009). Pero estos datos, lejos de decepcionar, han servido para redirigir la atención hacia otro tipo de investigaciones de tipo cualitativo, basadas en lo que el terapeuta hace y no tanto en quién es y por supuesto en el estudio de la interacción con el cliente; propuestas que desde nuestro punto de vista son mucho más interesantes y que pasaremos a discutir posteriormente. Pero antes revisaremos qué variables del cliente han sido investigadas a lo largo de las últimas décadas.

2. ESTUDIOS LLEVADOS A CABO SOBRE EL CLIENTE.

Tal y como planteábamos al principio del capítulo, el cambio psicológico constituye un proceso complejo en el cual interactúan una gran diversidad de factores (Santibañez, et al., 2008); el estudio de las variables del cliente se ha configurado como un intento más en el propósito de despejar las incógnitas de la ecuación terapéutica. Se ha planteado que las características individuales de quienes consultan son factores condicionantes de la terapia, llegándose a afirmar que son los mejores predictores del resultado en la clínica (Luborsky, Mintz y Christoph, 1979); aunque, de la misma manera que ocurrió para el terapeuta, la reciente investigación en psicoterapia se ha centrado en el diagnóstico de los pacientes y las técnicas ignorando los aspectos más idiosincrásicos del cliente. En cierto modo, este abandono también se ha podido ver influido por el hecho de que, aunque todos reconozcamos que no hay dos clientes iguales, el número de variables que potencialmente pueden informar sobre el cambio y el resultado en psicoterapia es prácticamente ilimitado (Clarkin y Levy, 2004). Las enormes

dificultades para operativizar estas variables han provocado una clara desventaja frente a la investigación del terapeuta a la hora de obtener conclusiones sobre la posible contribución que tienen en relación al proceso y al resultado. Autores como Okiishi et al. (2006) ponen de relevancia este tipo de dificultades a la hora de unificar los distintos diagnósticos llevados a cabo por clínicos de diversas orientaciones sin la realización de los estudios de fiabilidad y validez adecuados. Truax y Mitchell (1971) también hacen referencia al limitado número de variables que han podido ser investigadas y a los diferentes criterios contemplados; dan cuenta, por ejemplo, de las enormes diferencias existentes entre datos obtenidos de poblaciones clínicas que acuden a recursos públicos de salud mental frente a los datos que se pudieran derivar de clientes participantes en largos tratamientos de terapias psicodinámicas. En definitiva, los diferentes criterios de medida, la variabilidad en la duración de los tratamientos, las diversas condiciones en la selección de la muestra y la dificultad para limitar y operativizar variables provocan que la investigación del cliente haya producido resultados inconsistentes. A pesar de todas estas limitaciones vamos a realizar una breve revisión de las variables más significativas, estando de acuerdo con Truax y Mitchell (1971) en que una revisión del pasado nos puede indicar dónde estamos en el presente, qué hallazgos han tenido más relevancia y qué dirección es más conveniente tomar de cara a la investigación futura.

Los primeros estudios realizados sobre las variables del cliente se encuentran en las décadas de 1950 y 1960. Engloban sobre todo estudios de caso, de variables medidas por test y cuestionarios, y de variables de personalidad que prácticamente no encontraron asociación con el resultado obtenido (Garfield, 1994). Por ello no nos vamos a detener en el estudio detallado de cada variable, pero nos parece interesante reflejar algunas de las conclusiones sugeridas por los trabajos de esta época. Daban cuenta, por ejemplo, de que los modelos psicodinámicos no eran efectivos con un gran número de clientes de bajo nivel socioeconómico que abandonaban la terapia tras las primeras sesiones (Imber, Nash y Stone, 1955). También reflejaron la existencia de ciertas actitudes controvertidas por parte de los terapeutas a la hora de seleccionar a sus clientes;

parece ser que en búsqueda de porcentajes de éxito mayores, los psicólogos afirmaban mantener una terapia más confortable con clientes inteligentes, con alta capacidad verbal, interesados en el cambio, con buenas actitudes de introspección y con alteraciones levemente problemáticas (Hollingshead y Redlich, 1958). Estas afirmaciones tan controvertidas pusieron de relieve que los enfoques más tradicionales caracterizados por largos tratamientos no eran un modelo realista y adecuado para la gran mayoría de la población (Truax y Mitchell, 1971) lo que supuso un énfasis en la búsqueda de nuevos modelos que atendieran de forma más efectiva los problemas de los clientes, las limitaciones del tiempo y el coste de la terapia y el desarrollo de técnicas más eficientes con clientes de cualquier estrato social.

Pero los esfuerzos dedicados en las últimas décadas no han conseguido resolver algunas de las cuestiones que en aquellos momentos se pusieron sobre el papel. Diversas investigaciones constatan que el hecho de que el cliente acuda a la consulta por primera vez no significa que vuelva una segunda o tercera sesión (Arentewicz y Smith; Everaed, 1983; entre otros). Los estudios que han profundizado en el abandono terapéutico lanzan un amplio número de condiciones relacionadas con esta complicada cuestión; algunos la vinculan al nivel de motivación (Rosenthal y Frank, 1958), otros al sexo del cliente (Hafner, 1983), a la clase social (Berrigan y Garfield, 1981), a las expectativas (Hansen, Hoogduin, Schaap y de Haan, 1992) o al diagnostico (Chiesa, Drahorad y Longo, 2000). Entre todas estas variables parece que las que tienen mayor importancia son las relacionadas con actitudes negativas hacia el terapeuta o la terapia en general (Clarkin y Levy, 2004) pero todavía no se han alcanzado conclusiones con un valor predictivo significativo (Garfield, 1994). La realidad es que las cifras de abandono siguen ahí como muestra el meta-análisis realizado por Wierzbicki y Pekarik (1993) en el que revisaron 125 estudios sobre el abandono y concluyeron que un 46,86% de los clientes dejan la terapia antes de lo que el psicólogo indicaría. Este área de estudio pone de relieve la necesidad de derivar parte de la investigación en esta problemática que puede suponer importantes beneficios para todos los afectados.

Al margen de que el abandono sea o no interpretado como un fracaso terapéutico (Garfield, 1994), a continuación vamos a repasar independientemente las variables del cliente relacionadas con el proceso y el resultado en estudios en los que el tratamiento se ha llevado a cabo hasta el final. Para ello de nuevo nos guiaremos por las revisiones realizadas en diferentes versiones del *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Bergin y Garfield, 1971; 1994; Garfield y Bergin, 1986; Lambert, 2004) que clasifica las características en los grupos reflejados en la tabla II. 1. Probablemente las dificultades a las que hacíamos referencia anteriormente para operativizar las variables del cliente estén relacionadas con la confusión y la poca información que aportan esta y otras clasificaciones de dichas variables, pero hemos decidido manejar una de ellas para la descripción ordenada de algunas de las conclusiones obtenidas en los estudios.

Tabla II. 2. Clasificación de las características del cliente (Reformulada a partir de Clarkin y Levy, 2004)

DIAGNÓSTICO Y GRAVEDAD • Diagnóstico como variable predictiva • Gravedad de los síntomas • Deterioro funcional • Comorbilidad	**VARIABLES DE PERSONALIDAD** • Expectativas y motivación • Personalidad favorable al cambio • Estilo de afrontamiento
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS • Edad • Estatus socioeconómico • Sexo • Raza	**VARIABLES INTERPERSONALES** • Relaciones intepersonales • Modelos previos de relación • Contribución a la alianza terapéutica

Tal y como comentamos al revisar las características del terapeuta no pretendemos hacer un análisis pormenorizado de cada una de estas variables, pero vamos a reflejar los resultados más importantes y las repercusiones que han tenido. Respecto a las características relacionadas con el diagnóstico y la gravedad de los síntomas, la disparidad de resultados encontrados es especialmente relevante; algunos de los trabajos concluyen que uno de los

mejores predictores del resultado es el bajo nivel inicial de gravedad de los síntomas y la problemática del cliente (Garfield, 1994), otros encuentran relaciones más moderadas (Lafferty et al., 1989) mientras que algunos de los estudios no encuentran relaciones significativas entre el nivel de malestar y el éxito alcanzado (Garvey, Hollon y DeRubeis, 1992; Siegel, Rootes y Traub, 1977). Ante la diversidad de resultados en los estudios comentados podemos decir que, a pesar de haber sido una de las áreas más evaluadas, la investigación todavía no ha clarificado algunos de los interrogantes planteados sobre la relación entre el diagnostico, la gravedad del síntoma y el resultado terapéutico (Corbella y Botella, 2004). Sí que parece existir, sin embargo, una relación moderada con un peor pronóstico para el deterioro funcional (Beutler, Clarkin y Bongar, 2000) o la comorbilidad de problemáticas (Kendall y Clarkin, 1992). Independientemente de las escasas conclusiones que se puedan alcanzar tras la revisión de estos trabajos nos parece interesante señalar que el uso de los distintos DSM y de otros sistemas de clasificación ha sido sorprendentemente aceptado para la realización de muchos de estos estudios. Las enormes dificultades para operativizar las variables del cliente han llevado a que muchos de los autores, que no están de acuerdo con el uso de los sistemas diagnósticos, se hayan resignado a su utilización como único medio para el desarrollo de estos trabajos (Clarkin y Levy, 2004) aunque para muchos esto no ha provocado una mejora en la situación (Garfield, 1986, 1994).

La influencia de las variables sociodemográficas del cliente es compleja e inconsistente, posiblemente por muchas razones. En primer lugar, actitudes hacia la edad, el sexo y la raza cambian a lo largo del tiempo, y ambos protagonistas de la terapia se ven influidos por el momento cultural. Por otro lado, factores como la edad son inherentes a muchos aspectos de la vida de los clientes que son relevantes para el tratamiento; por ejemplo, los resultados que hacen referencia al abuso de sustancias asociado a un peor pronóstico para los jóvenes (Agosti, Nunes, y Ocepeck-Welikson, 1996) encuentran su explicación en la relación natural existente entre la edad y el consumo de sustancias. En relación al sexo, a pesar de que las conclusiones habituales no encuentran diferencias asociadas al

resultado (Greenspan y Kulish, 1985; Petry, Tennen y Affleck, 2000), la tasa de prevalencia tan diferente en problemáticas como la depresión provoca variaciones en estas generalizaciones (Kessler, McConagle, Swartz, Blazer y Nelson, 1993). El origen étnico del cliente no parece ser especialmente relevante por sí mismo sino que gana importancia si nos fijamos en variables contextuales como las minorías étnicas, la inmigración o en problemáticas tan culturales como los trastornos de alimentación. Este tipo de conclusiones orientan de forma productiva las futuras líneas de investigación e implican la reflexión a la hora de vincular las dificultades de cada cliente con sus características sociodemográficas (Clarkin y Levy, 2004).

Como podemos observar, atendiendo a la mayoría de estudios realizados, las características del cliente comentadas hasta el momento parecen tener poca relación con el proceso y resultado psicoterapéutico (Corbella y Botella, 2004). De la misma forma, factores clasificados dentro de las variables de personalidad como las expectativas (Beutler, Wakefield y Williams, 1994) y la motivación (Garfield, 1994) han mantenido una correlación inconsistente con el resultado del tratamiento, en contra de lo que a priori cabría esperar. Sin embargo, los hallazgos revisados referentes al estilo de afrontamiento y la dirección de intereses han puesto de manifiesto cierta relación con el proceso y el resultado de la terapia.

Finalmente, la mayoría de revisiones que estudian las características interpersonales del cliente informan de resultados inconsistentes entre los modelos de conexión interpersonal y el desarrollo y finalización de la terapia (Garfield, 1994; Petry et al., 2000) pero, tal y como encontrábamos para el terapeuta, las investigaciones apuntan a que la contribución de los clientes al establecimiento de una alianza positiva con el psicólogo se relaciona con el éxito en el tratamiento (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis y Siqueland, 2000). De nuevo se pone de manifiesto la ausencia de relevancia de características claves de uno de los protagonistas que por sí solas operen de manera significativa con el desarrollo de las sesiones. Agrupando algunas de las condiciones que han encontrado moderada significación en alguna de las revisiones citadas

obtendríamos que el cliente más propenso a beneficiarse del tratamiento psicológico es aquella persona joven, atractiva, con alta fluidez verbal, inteligente, de raza blanca, con altas expectativas de éxito, y con un alto apoyo social; pero parece obligatorio acompañar esta afirmación con que probablemente esta persona hipotética obtendría buenos resultados en cualquier propósito que se marcase. O´Malley, Suh y Strupp (1983) ya hacían referencia a este hecho con su frase: “el rico se hace más rico”; dando cuenta en su trabajo de que las personas con un buen estado de salud mental parecían obtener las mejoras más importantes, mientras que, paradójicamente, los clientes que más necesitaban el cambio eran los menos capacitados para conseguirlo.

Garfield (1994) expone que la revisión de estas variables por separado está perdiendo interés; conocer si esto se debe a las complejidades que conlleva su estudio o a la ausencia de significación es realmente complicado. De modo que la investigación en este ámbito sugiere nuevas formas de aproximación como podemos observar en el estudio de factores del cliente más activos (Hanna, 1996) o en trabajos cada vez más dirigidos al análisis de la interacción de muchas de las variables repasadas hasta ahora con procedimientos o características del tratamiento (Beutler y Clarkin, 1990); en el siguiente punto revisaremos algunos de estos nuevos acercamientos a la investigación en este ámbito de la psicoterapia.

3. NUEVAS FORMAS DE ESTUDIO Y CONCLUSIONES

Como hemos podido observar en la revisión realizada hasta el momento, la investigación, a menudo, da lugar a más preguntas que respuestas, pero sin duda nos permite avanzar en la búsqueda de aproximaciones y modelos que nos ayudan al esclarecimiento de las muchas incógnitas que quedan todavía por resolver.

Dentro de esas nuevas líneas de investigación encontramos diferentes acercamientos; en primer lugar nos vamos a centrar en aquellos que se dedican

únicamente a la figura del psicólogo, ya que, como apuntaba Elkin (1999), para lograr comprender los procesos que subyacen al cambio terapéutico uno de los objetivos debe pasar por diferenciar la aportación del terapeuta individual de la terapia que practica. Dentro de este contexto podemos observar la aparición creciente de nuevos esfuerzos en la investigación que pretenden explorar los factores que median la efectividad de las intervenciones momento a momento. Se realiza para ello un estudio de tipo cualitativo, que aborda el análisis de la ejecución y no tanto de la persona, como reflejan los estudios que se han basado en taxonomías de modos de respuesta verbal (por ejemplo, Elliot et al., 1987; Hill et al., 1988), clasificaciones de intenciones del psicólogo (por ejemplo, Hill et al., 1994) o sistemas de componentes cualitativos de la intervención terapéutica (Toukmanian y Armstrong, 1998; Calero, 2009). Estos instrumentos han sido utilizados para examinar la presencia, ausencia, frecuencia y variabilidad de los diferentes tipos de respuesta que lleva a cabo el clínico a lo largo de todo el proceso terapéutico (por ejemplo, Stiles y Shapiro, 1995) y los hallazgos obtenidos apuntan que hay actividades del terapeuta, más allá de las técnicas, que explican parte del éxito terapéutico (Gordon y Toukmanian, 2002). A pesar de ser una corriente de estudio en auge en las dos últimas décadas no es una línea totalmente novedosa; en la revisión llevada a cabo hemos encontrado trabajos concretos que se acercaban a este tipo de análisis de la sesión. Wallach, por ejemplo, en 1964 ya realizó una clasificación de lo que él denominó las practicas usuales del terapeuta (UTP) que utilizaba para comparar distintos niveles de experiencia; por otra parte autores como Zimmer y Peyne (1971) o Brunink y Schroeder (1979) desarrollaron algunas de las primeras categorizaciones de modos de respuesta verbal con el objetivo de estudiar las diferencias entre terapeutas de diversas orientaciones. Una de las líneas más actuales que ejemplifica esta nueva forma de trabajar es el estudio del estilo personal del terapeuta (EPT) definido como el conjunto de condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su tarea. Los autores de esta línea (Fernández- Álvarez, 1998; Fernández- Álvarez, García y Scherb, 1998; Fernández- Álvarez, 2001; García, Fernández- Alvarez,

2007) trabajan con la premisa de que el psicólogo, a la hora de comunicarse con el cliente, combina formas estilísticas y modalidades singulares ajustadas a cada situación particular que influyen en la marcha de cada proceso terapéutico e inciden sobre los resultados de las acciones llevadas a cabo en la clínica. Tal y como apuntan los autores (García, Fernández- Alvarez, 2007) es pronto para valorar el peso de los hallazgos de este tipo de trabajos, aún así, y aunque nos parezcan líneas de investigación más interesantes, seguimos echando de menos en las mismas el estudio de la interacción con el cliente para obtener una aproximación más completa de lo que ocurre en sesión momento a momento.

Por otro lado, hemos encontrado nuevas aproximaciones que sí tienen en cuenta a los dos protagonistas de la terapia; son los estudios de complementariedad que se detienen en el análisis de la relación entre las características del cliente y del terapeuta que potencian las fuerzas de cambio en psicoterapia, argumentando que los componentes de cada uno de los protagonistas por separado puede desvirtuarse si falla la combinación óptima (Martinez, 2002). Encontramos, por ejemplo, el trabajo de Beutler et al. (1983) que proponen una selección del tratamiento basada en tres ingredientes fundamentales: el estilo psicoterapéutico, las características del cliente y el modelo de emparejamiento de estos dos tipos de variables; el resultado es un esquema conceptual que indica la combinación apropiada de cada estilo terapéutico con cada tipo de cliente. Encontramos más propuestas dentro de esta línea en trabajos como el de Winter (1990, 1992), una aportación constructivista al eclecticismo técnico sistemático que fundamenta la selección del modelo de terapia en función del tipo de cliente, o en estudios como el de Coleman (2006) que se centra en el análisis de los factores de personalidad de terapeuta y cliente concluyendo que la semejanza de los mismos tiene leves efectos en la génesis de la alianza y en el resultado del tratamiento, pero puede contribuir a la disminución del abandono de la terapia. Desde nuestro punto de vista, este tipo de modelos suponen una superación a trabajos previos al plantearse el estudio de los dos integrantes de la terapia, lo que contribuye a la obtención de mejores resultados y solventa alguna de las problemáticas citadas en el capítulo en las que

algunos terapeutas eran siempre inferiores y algunos clientes no encontraban una terapia valida y realista para su malestar. Pero de nuevo nos encontramos ante conclusiones que no nos aportan información acerca de cómo se produce el cambio (Blatt et al., 2010), información que nos permitiría dejar de hacer permutaciones y ensayos sobre la "pareja terapéutica perfecta" y dirigirnos por lo tanto hacia terapias más eficientes.

Para intentar salvar este tipo de dificultades nuestro trabajo reúne diferentes aspectos de los estudios revisados: nos decantamos por el estudio de la ejecución y no tanto de la persona y en el análisis interactivo de los dos protagonistas de la terapia frente al estudio por separado. Compartimos la idea principal que ha estimulado a muchos de los autores revisados ya que, como ellos, no dudamos de la importancia de los efectos del terapeuta ni de la realidad de que unos terapeutas consiguen mejores resultados que otros pero estamos en desacuerdo con la manera en la que se han entendido y analizado dichos efectos y diferencias y con muchas de las conclusiones a las que se han llegado. Desde nuestro punto de vista la clave en el quehacer del terapeuta está en su capacidad para adaptarse a cada cliente generando de esta manera el contexto más eficaz para que ocurra el proceso terapéutico, Truax y Mitchell (1971) señalaban que, dentro de la interacción, el terapeuta está envuelto en las particularidades individuales del cliente y, como resultado, las cualidades del terapeuta fluctúan a la vez que él interactúa con diferentes clientes; lo ejemplificaban de la siguiente manera: "Al igual que cada padre es diferente con cada uno de sus hijos, cada profesor con sus alumnos y cada amigo con cada uno de sus amigos, el terapeuta será diferente con cada uno de sus clientes" (pp. 299- 300). Los autores, con el desarrollo de esta línea, trataban de enfatizar las dificultades que presentaba el estudio de estas variables, pero en los últimos años hay nuevas perspectivas que lejos de justificar los problemas de los estudios acudiendo a lo complejo de la interacción, se esfuerzan en estudiar dicha complejidad y de darle protagonismo. Tal y como proponen los enfoques contextuales, sobre todo la PAF (Kohlenberg y Tsai, 1991), la situación clínica se convierte en el contexto donde sucederá el cambio terapéutico ya que forzosamente, para que se den los procesos de

aprendizaje necesarios, se requiere que se pongan en juego las interacciones que se trata de mejorar: la propuesta es "convertir la *relación* terapéutica en una auténtica relación *terapéutica"* (Perez, 2004). De hecho, no sólo nos referimos a la adaptabilidad del terapeuta a cada uno de sus clientes, sino que dentro de cada caso el cambio en cualquiera de los dos protagonistas genera un cambio en la interacción. La capacidad para reaccionar y disponer activamente el contexto más oportuno que permita el cambio clínico es para nosotros la clave del funcionamiento del terapeuta; cabe plantearse si todos los "Supershirnk" de los estudios revisados sobresalían por su habilidad para adaptarse al cliente y al momento más que por sus características estáticas o su tipo de estilo terapéutico. Desde este enfoque buscamos realizar un análisis funcional de la actividad llevada a cabo en el contexto terapéutico, que, como ya explicamos en el marco general de la presente investigación, principalmente es hablar; por lo tanto, pretendemos llevar a cabo un análisis funcional de la conducta verbal entre terapeuta y cliente. Teniendo en cuenta que en el primer capítulo situamos la Modificación de Conducta como el enfoque teórico de referencia desde el que conceptualizar la investigación puede llamar la atención que ésta haya sido la primera referencia al término conducta en esta revisión del terapeuta y el cliente. Como hemos podido observar a lo largo del repaso llevado a cabo en este capítulo, el papel de la Modificación de Conducta ha sido prácticamente nulo a lo largo de las últimas décadas en relación al examen individualizado de los dos protagonistas de la terapia. Mientras los modelos de factores comunes acaparan casi todo este campo de estudio, desde mediados del siglo pasado el conductismo se encuentra en pleno surgimiento y centrado especialmente en contribuciones a la psicología científica, en el desarrollo de técnicas y en la búsqueda de preeminencia frente a los modelos psicodinámicos imperantes. Ruiz y Villalobos (1994) describen la situación de la siguiente manera:

> Algunas de estas variables [refiriéndose a los factores inespecíficos] han sido resaltadas desde hace tiempo en otras psicoterapias, si bien las conceptualizaciones propuestas sobre mecanismos activos y posible influencia en el proceso de cambio no habían sido formuladas ni

estudiadas con el rigor científico suficiente como para ser admitidas por la Terapia de Conducta (pp. 22).

Por otro lado, el que muchos de los autores más representativos de esta orientación se etiquetaran a ellos mismos como “ingenieros de la conducta” (Ayllon y Michael, 1959) se interpretó como un abandono del carácter humanitario que acompaña al ejercicio de la psicoterapia, lo que provocó el rechazo desde algunos sectores a esta orientación teórica y al papel excesivamente frío del terapeuta de conducta. Esto explica que muchos de los primeros estudios sobre el terapeuta desde este enfoque teórico (Sloane, Staples, Cristol, Yorkston y Whipple, 1975) tuvieran como objetivo principal defender el contacto interpersonal, la empatía y el interés humano de los psicoterapeutas y alejarlos de su imagen como “programadores del comportamiento” (Kazdin, 1979).

Independientemente del tipo de orientación desde la que se haya realizado el análisis de las variables de terapeuta y cliente, la impresión que tenemos al finalizar la revisión es que hemos asistido a avances más que considerables. Desde la revisión de las características del terapeuta realizada por Truax y Mitchell (1971) en la primera edición del *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, en la que se centraban principalmente en tres condiciones de los psicólogos: empatía, calidez y autenticidad, hasta los complejos modelos y aproximaciones citados en este apartado ha mediado el cuantioso esfuerzo de muchos, la superación de diferentes problemas metodológicos que fomentaban resultados contradictorios (Crits-Christoper et al., 1991; Hellman, 1987; Kim, Wampold y Bolt, 2006; Martindale, 1978) y la aparición de nuevas herramientas que nos ayudan a avanzar en esta complicada tarea (Barber, 2009). Por otro lado, la revisión vuelve a poner de relieve algo que ya señalábamos en el primer capítulo: la tendencia a enfrentar el análisis de la interacción frente al estudio de las técnicas concretas, o los factores comunes frente a los específicos, o el “Dodo Bird” frente a los tratamientos empíricamente validados debe ser remplazada por una perspectiva integrativa y sinérgica. De acuerdo con Beutler et al. (2004) la

necesidad de integrar factores del cliente, terapeuta, procedimientos y relación es la mayor prioridad para la investigación futura; en el siguiente capítulo revisaremos las diversas formas de llevar a cabo el estudio de dicha interacción.

CAPITULO III

APROXIMACIONES AL ESTUDIO DE LA INTERACCIÓN TERAPÉUTICA

La revisión realizada hasta el momento sobre la situación de la investigación en psicoterapia puede provocar la sensación de que en la actualidad, independientemente de los esfuerzos dedicados, no contamos con una base teórica y empírica que permita la identificación de los principios del cambio clínico. La juventud de la psicología a la que hacíamos referencia en el primer capítulo junto con otros aspectos que caracterizan su desarrollo como ciencia, se materializan en el conjunto de resultados confusos, estudios contradictorios y preguntas sin respuesta que se han formulado en las revisiones expuestas anteriormente. Este estado de la cuestión es patente más allá de los propios terapeutas e investigadores; la confusión reinante ha alcanzado a los propios usuarios de la terapia, sus clientes, como se puso de manifiesto en el análisis llevado a cabo por Seligman (1995) de los resultados de la encuesta realizada por la revista *The Consumer Reports* (*CR*) sobre los efectos de la psicoterapia desde el punto de vista del consumidor. Las controvertidas conclusiones derivadas del estudio del CR hacen explícito que para los consumidores todas las modalidades psicoterapéuticas ayudan y que estas intervenciones funcionan de manera muy parecida sea quien sea quien las aplique: psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales o incluso no profesionales. El desconocimiento del papel del profesional por parte de los clientes se puso de manifiesto en afirmaciones como la de Hollon (1996) que ponía como ejemplo que si se hacía una encuesta a los mismas personas del CR que acuden a los videntes éstos indicarían que están satisfechos con ellos, aunque un ensayo controlado pudiera poner en entredicho su carencia de utilidad[4]. A priori no debería ser excesivamente alarmante que las personas

[4] Este tipo de resultados se ha encontrado, por ejemplo, en el estudio realizado con asmáticos en Holanda por Attevelt (1988) sobre la eficacia de la imposición de manos.

alejadas del estudio y la práctica de la psicoterapia no logren discernir cuáles son las herramientas del psicólogo que promueven el cambio deseado, pero el problema se agrava cuando entre los propios clínicos e investigadores reina este desconocimiento. Centrándonos en el ámbito de la psicología clínica, Yates (1973) ya hablaba de esta situación de dificultad refiriéndose a que la terapia en cierto sentido es una ciencia y un arte, haciendo hincapié en que en numerosas ocasiones el progreso en el diseño de los procedimientos terapéuticos depende más de la intuición que de los hallazgos obtenidos hasta el momento. Independientemente de las numerosas críticas que recibió el estudio del CR apelando a los múltiples problemas metodológicos del mismo (Brock, Green, Reich y Evans, 1996; Hollon, 1996; Jacobson y Christensen, 1996; Mintz, Drake y Crits-Christoph, 1996, entre otros), trabajos como éste o como el realizado en nuestro país por Berenguer y Quintanilla (1994) ponen de relieve la opinión de los propios usuarios de que hoy en día la psicología es un arte más que una ciencia (Labrador, Echeburua y Becoña, 2000)

Pero entre todo este desconcierto hay un elemento que sobresale sobre el resto como posible generador del cambio clínico. Más allá de las escuelas teóricas, los conceptos específicos y la diversidad de procedimientos de medida, la relación terapéutica ha sido avalada consistentemente y definida como un elemento central en el proceso terapéutico (Andrews, 2000; Castonguay, Constantino y Grosse, 2006; Lambert, 1992; entre otros). Es cierto, tal y como ya afirmaban Hull y Porter (1943), que en casi todos los aspectos de la vida, el contacto interpersonal altera la conducta de unos respecto a otros, lo cual puede hacer emerger de nuevo las dudas sobre el quehacer del psicólogo. Sería oportuno preguntarnos si cualquier relación interpersonal tiene las claves del cambio, el encuentro con un sacerdote, un amigo o un adivino puede paliar un problema de cualquier individuo, pero es objetivo de la investigación en este área descubrir qué diferencias existen entre la relación terapéutica y relaciones de cualquier otro tipo. Conocer qué procesos se promueven en el contacto entre terapeuta y cliente en la clínica puede aportar mucho en el camino por esclarecer

las claves del cambio terapéutico. Ésta es la pretensión del nuestro y de otros muchos trabajos, como veremos a lo largo del capítulo.

Ya habíamos adelantado en los capítulos previos que el abordaje del estudio de la psicoterapia implica, obligatoriamente, tener en cuenta una gran cantidad de factores potencionalmente relacionados que no atañen de manera individual al terapeuta o al cliente y que no deben centrarse solamente en las técnicas y los tratamientos manualizados (Santibañez, et al., 2008). Tal y como propone Hill (2005) las técnicas, la implicación del cliente y la interacción terapéutica están estrechamente relacionadas y deben ser consideradas juntas para discutir el proceso clínico. En los últimos años se ha dado tanta importancia a este factor que incluso desde la División 29 de la APA se creó un nuevo grupo de trabajo dedicado al estudio de las características del terapeuta, del cliente y de la relación entre ambos, lo que dio lugar a la publicación de la obra *Psychotherapy relationships that work* (Norcross, 2002). En este trabajo reconocen que en el estudio llevado a cabo por la División 12 (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) no se le prestó la relevancia adecuada a los factores relacionados con la interacción terapéutica dotando de excesiva importancia a las técnicas y tratamientos (Lambert y Barley, 2002); por ello realizaron una revisión de las variables relacionadas con el cambio del cliente a lo largo de las seis últimas décadas y presentaron las siguientes conclusiones: un 40% del resultado positivo en psicoterapia está relacionado con factores extra-terapéuticos, un 30% con factores comunes de las diversas terapias, un 15% con las técnicas y el 15% final con las expectativas de cambio; las conclusiones de este trabajo están estrechamente relacionadas con la búsqueda de factores comunes que ya citábamos en el capítulo anterior. La exploración de los ingredientes centrales que presumiblemente compartiría cualquier forma de intervención ha sido una de las tendencias más reseñables durante las últimas décadas y, a pesar de la escasa coincidencia y la importante disparidad en los niveles de análisis y la terminología empleada que se puso de manifiesto en revisiones como la de Grencavage y Norcross (1990), han puesto de relieve que hay un elemento común que sobresale repetidamente en todos los

listados propuestos: la relación 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 et al., 2006).

La enorme relevancia que ha obtenido la relación terapéutica se ha manifestado a lo largo de las últimas décadas convirtiéndose en un tema de interés para todos los implicados en la investigación en psicoterapia; el auge de este tipo de estudios ha generado un amplio abanico de perspectivas que nos disponemos a presentar a lo largo del capítulo. En este repaso podremos encontrar una enorme diversidad de puntos de vista: desde la importancia prácticamente nula que le prestó la modificación de conducta en los inicios de la disciplina (Glasgow y Rosen, 1978) hasta la especial relevancia que se le ha dado desde las perspectivas humanistas con Rogers a la cabeza, para el cual la clave del éxito terapéutico está focalizada en la relación entre los protagonistas de la sesión (Rogers, 1972). Repasaremos también el camino seguido por la escuela psicodinámica con el desarrollo de los conceptos de transferencia y contratransferencia y el cambio de perspectiva de las últimas décadas que los dirige hacia modelos en los que cada vez cobra más importancia la interacción, como se manifiesta en el psicoanálisis relacional (Coderch, 2001). Pero sin duda, uno de los conceptos más citado por todos aquellos que se han preocupado de la relación entre terapeuta y cliente ha sido el de *alianza terapéutica*[5]. Aunque los investigadores de diferentes orientaciones teóricas han evaluado la alianza terapéutica usando una amplia variedad de métodos y medidas, han obtenido consistentemente que es un factor potencialmente predictivo del resultado (Barber et al., 2000; Horvath, 2001; Martin, Garske, Davis, 2000). Incluso

[5] A lo largo de la revisión y la redacción nos hemos encontrado con una dificultad a la hora de determinar todos los conceptos que se han puesto en juego en la investigación sobre la interacción en terapia. En la actualidad hay una tendencia cada vez mayor a igualar los términos de relación y alianza terapéutica lo que desde nuestro punto de vista, y el de otros muchos autores (Hatcher y Barends, 2006; Horvath, 2009; entre otros), es un error conceptual que dificulta todavía más el estudio de estos factores. A lo largo de todo el capítulo utilizaremos el concepto de relación terapéutica de manera más global que el de alianza terapéutica asumiendo el posicionamiento de la mayoría de los autores, e intentaremos salvar las dificultades a la hora de citar los distintos planteamientos para no generar mayor confusión con nuestro texto.

diferentes investigadores han empezado a argumentar que la calidad de la alianza es más importante que el tipo de tratamiento a la hora de predecir los resultados terapéuticos positivos (Safran y Muran, 1995), tanto que para algunos este factor ha sido referido como la "variable por excelencia" de la terapia (Wolfe y Golfried, 1988).

Pero las dificultades en el ámbito de la investigación en psicoterapia continúan, ya que a pesar de haber encontrado un elemento con tanto reconocimiento y con tantos datos que avalan su importancia, no hay certeza de la naturaleza de estos hallazgos y del proceso por el cual se relacionan con el cambio clínico (Beutler et al., 2004; Follette, Naugle y Callaghan, 1996; Terraz, Roten, Crettaz de Roten, Drapeau y Despland, 2004; Waddington, 2002). Probablemente por ello, los resultados obtenidos hayan conducido al desarrollo de pautas de actuación que guíen en el desarrollo de interacciones terapéuticas más eficaces; lograr un mejor entendimiento de la relación entre psicólogo y cliente nos permitiría promover mejores terapeutas entrenados y más éxitos terapéuticos (Ackerman y Hilsenroth, 2003). La ausencia de dichas pautas de actuación y el desconocimiento de lo que encierra la relación terapéutica puede formar parte de la explicación del hecho de que muchos terapeutas fracasen a la hora de promover una alianza terapéutica positiva durante la sesión, tal y como ponen de relieve Goldfried y colaboradores (Castonguay, Hayes, Goldfried y DeRubeis, 1995; Goldfried, Castonguay, Hayes, Drozd y Shapiro, 1997; Goldfried, Raue y Castonguay, 1998) mostrando que terapeutas cognitivo-conductuales raramente se centraban en la relación terapéutica durante la sesión. Kanter, Schildcrout y Kohlenberg (2005) obtenían resultados similares con terapeutas de la misma orientación que trataban a clientes diagnosticados con depresión.

Este panorama parece indicar que conocer las claves que se encierran bajo la etiqueta "relación terapéutica" puede provocar enormes mejoras en el desarrollo de las sesiones, en el resultado de los tratamientos y en el entrenamiento de los psicólogos; por lo que es objetivo de muchos en la actualidad, y de nosotros mismos, avanzar en el esclarecimiento de la interacción

entre terapeuta y cliente y en el desarrollo de metodologías que nos permitan esa evolución (Muran, Gorman, Safran y Twining, 1995). Las formas de aproximarse al estudio de la interacción en la clínica han sido muchas y muy diversas a lo largo de las últimas décadas; podemos encontrarnos desde estudios meramente descriptivos como el realizado por Fiedler en 1954 en el que encuestaba a psicólogos de diferentes orientaciones sobre lo que para ellos era "la relación terapéutica ideal", hasta el impulso actual por el análisis momento a momento de lo que ocurre en la terapia en el que prima la búsqueda de los posibles mecanismos de cambio (Rosen y Davinson, 2003). Centrándonos en este tipo de análisis de los procesos terapéuticos encontramos que al margen del planteamiento teórico desde el que se enfoque el análisis, de la metodología que se utilice para tratar de abordarlo y de los objetivos concretos de investigación que se planteen, el análisis de la relación terapéutica y del proceso clínico en general precisa, ineludiblemente, de alguna forma de estudio y/o conceptualización del comportamiento verbal emitido en sesión (Montaño, 2008). Respecto a aquella, el énfasis en la investigación momento a momento de la conducta verbal en terapia ha desencadenado la génesis de múltiples sistemas de categorización que pretenden ser la herramienta para llevar a cabo dicho análisis. A lo largo del capítulo daremos cuenta de algunos de los más relevantes en la investigación en psicoterapia como la *Taxonomy of verbal response modes* (*VRM*; Stiles, 1987) o *The Counselor Verbal Response Category System* (Hill, 1978) que se basan en las forma y/o contenidos de las verbalizaciones de terapeuta y cliente; y revisaremos también aquellos que nos parecen más cercanos a nuestros objetivos, como la *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (*FAPRS*, Callaghan, 1998) que analizan aspectos más funcionales del comportamiento de los protagonistas de la terapia.

Para finalizar el capítulo expondremos nuestro punto de vista y nuestra manera de aproximarnos al análisis de la interacción terapéutica. Para nosotros, y para muchos otros (Lambert y Bergin, 1994), el desarrollo de una relación positiva en la sesión es visto como una condición necesaria, pero no suficiente, para alcanzar el cambio terapéutico. Consideramos, tal y como afirman Tsai et. al

(2009) que a menudo se ha estudiado más *la apariencia* de la relación terapéutica que su *función real* en sesión, que no es más, ni menos, que constituir el contexto sobre el que se promueven los procesos de aprendizaje necesarios que subyacen la mejora en la clínica suponiendo un mecanismo de cambio en sí mismo. A lo largo del siguiente apartado vamos a exponer cómo distintos enfoques se han centrado más en esa apariencia de la relación utilizando una amplia variedad de conceptos como empatía, transferencia, contacto experiencial, etc., que desde nuestro punto de vista carecen del valor explicativo que le dotan los diferentes autores. Estamos de acuerdo en que esos fenómenos existen en sesión, y que su análisis es muy relevante porque nos puede facilitar mucha información que clarifique la relación terapéutica; pero en ningún momento los podremos entender como parte del proceso de la interacción sino como el fruto de la misma. Otra de las divergencias entre nuestro planteamiento y el de otros enfoques radica en la diferenciación que realizamos entre el objeto de estudio que nos ocupa, la interacción, y el producto de las múltiples interacciones continuadas: la relación. Todos los enfoques han estudiado la relación sin tener en cuenta el proceso interactivo imprescindible para que ésta ocurriera. Por ello se han limitado a describir, utilizando unos términos u otros, lo que supuestamente ocurre cuando cliente y terapeuta interactúan pero sin analizar el contexto que facilita el proceso y da lugar al vínculo, a la relación o a la alianza: la interacción (eminentemente verbal).

1. FORMAS DE CONCEPTUALIZAR EL ESTUDIO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA.

En este apartado se describirán brevemente algunas de las aportaciones más significativas de las principales orientaciones teóricas en cuanto a la visión de la relación entre el terapeuta y el cliente. Expondremos inicialmente las aportaciones más alejadas de la perspectiva conductual para centrarnos posteriormente en la forma de abordar la interacción en la clínica desde la modificación de conducta.

1.1. Formas de conceptualizar la relación terapéutica desde perspectivas no conductuales.

Como exponíamos al principio del capítulo, en las últimas décadas distintos autores se han interesado por el estudio de la relación terapéutica y le han atribuido un papel central en la comprensión del desarrollo del proceso terapéutico y su resultado. La significación y el papel que ha otorgado cada orientación a la relación entre terapeuta y cliente están directamente influidos por el cuerpo teórico y los procedimientos considerados adecuados desde cada perspectiva. Como veremos a continuación desde las distintas escuelas psicoterapéuticas se han propuesto conceptualizaciones que presentan enormes diferencias. Previamente a la exposición de las mismas queremos anticipar la aparición de muchos términos y conceptos que desde nuestro punto de vista o bien tienen un carácter meramente descriptivo y han sido reificadas por parte de las diferentes escuelas (por ejemplo falso enlace, empatia, conciencia de la experiencia o conflictos inconscientes) o bien se alejan directamente de nuestro planteamiento (por ejemplo: interior de la persona o paciente), pero que aún así son utilizadas con el objetivo de ceñirnos a los principios y a las expresiones de cada escuela teórica.

La relación terapéutica desde el enfoque psicoanalista.

Desde la perspectiva psicoanalítica más ortodoxa, la relación crea un contexto de expresión de las manifestaciones sintomáticas del paciente que facilita la emergencia de los conflictos intrapsíquicos inconscientes no resueltos (Corbella y Botella, 2004). Uno de los conceptos más importantes dentro del psicoanálisis vinculado a la relación terapéutica es el de transferencia; Freud utilizó el término por primera vez al dar cuenta de su intento de provocar asociaciones verbales en los pacientes (Freud, 1895); notó que en el curso del tratamiento se modificaba la actitud de los mismos hacia el médico y que estos cambios, que incluían fuertes elementos emocionales, podían hacer que se interrumpiese el proceso de asociación verbal, dando origen a menudo a obstáculos insalvables para el tratamiento. A tales sentimientos los denominó

transferencia y expuso que se producían como resultado de un "falso enlace" entre una persona que había sido objeto de antiguos deseos del paciente y el médico (Sandler, Dare y Holder, 1993). Posteriormente el concepto de transferencia se ha ido modificando y se han ido proponiendo diferentes teorías y definiciones sobre la misma. No es objetivo del presente capítulo realizar una revisión exhaustiva sobre este proceso[6] pero si nos parece interesante reseñar que el propio Freud, pocos años más tarde (1909), ya señaló que el papel de la transferencia no siempre era un obstáculo en el tratamiento sino que su acción podía ser interpretada como agente terapéutico. La transferencia pone de relieve procesos que suceden en el "interior" del paciente y tiende a realzar sólo uno de los lados de la relación dual; en este sentido ha habido un enorme cambio en la escuela psicoanalítica, sobre todo desde la década de 1970, teniéndose cada vez más en cuenta las actitudes, sentimientos y postura profesional del analista. Todas estas variables ya habían sido contempladas anteriormente bajo el término de contratransferencia que también tiene su origen en los escritos de Freud (1910) en los que la definía como "una obstrucción para la libertad del analista en su empeño por comprender al paciente, debida a conflictos inconscientes despertados en el analista por lo que el paciente decía o hacía, o por lo que representaba para él". Independientemente de la definición y las diferentes conceptualizaciones que han ido adoptando estos términos por separado nos parece especialmente relevante destacar como, con el tiempo, la transferencia y la contratrasferencia "son las dos caras de una misma dinámica" (Loewald, 1986); esto pone de relieve que en los últimos años se ha prestado creciente atención a los aspectos interpersonales del proceso (Bleger, 1967, 1981; Kohut, 1977; Sprueiell, 1983; entre otros) haciendo hincapié en la relación analítica. Ello supone una enorme trasformación de la conceptualización tradicional del psicoanálisis que se centraba en el estudio de una mente individual, la del paciente, y que proponía el papel del terapeuta como el de un espejo o una pantalla en blanco absolutamente neutra donde únicamente se debía reflejar lo

[6] El lector interesado podrá consultar manuales como "El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico" de Sandler, J., Dare, C. y Holder, A. (1993). Paidós, Barcelona.

que tenía delante (Freud, 1912a). Sin embargo, las aportaciones actuales han dado espacio a la propia subjetividad del terapeuta en el proceso psicoanalítico y el objeto de interés en la investigación se ha convertido en la unidad formada por la relación analizado-analista (Coderch, 2001) desarrollándose nuevas orientaciones y teorías bajo el denominado psicoanálisis relacional. Consideramos que este cambio de perspectiva define de forma más real lo que sucede en la clínica, pero aún así hay muchos aspectos de la perspectiva psicoanalítica con las que estamos en desacuerdo a la hora de entender la relación terapéutica. En primer lugar, de acuerdo con los autores de la PAF (Kohlenberg y Tsai, 1991), consideramos que los problemas del cliente en sesión no se *transfieren* sin más a la situación terapéutica, sino que son algo que el terapeuta debe conseguir evocar (Pérez, 1996). Por otro lado, desde nuestro punto de vista las dificultades que se manifiestan en sesión son en sí mismas las conductas susceptibles de cambio mientras que para el analista son las manifestaciones inconscientes del sujeto pendientes de ser interpretadas para el desarrollo del tratamiento.

La relación terapéutica desde el enfoque humanista

Desde las perspectivas humanistas, la relación proporciona un clima que facilita la autoexploración experiencial del cliente que le lleva al cambio terapéutico. La publicación de la obra de Rogers, *Client-Centered Therapy,* en 1951 centró por primera vez la atención en las enormes posibilidades “curativas” de la propia relación terapéutica. El autor postuló (1951, 1957) que para establecer dicha relación efectiva el psicólogo debía presentar tres características fundamentales: ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente. Fue el primero en sugerir que gracias a estas “actitudes facilitadoras” la relación terapéutica podía promover el cambio del cliente más allá que las propias técnicas que se aplicaran en sesión. La insistencia de Rogers en validar empíricamente su teoría acompañada del uso de material grabado que le permitía la observación de las sesiones permitió dar pasos firmes en la investigación en psicoterapia y desarrollar una gran cantidad de investigación durante las tres

décadas posteriores a la publicación de su obra (Horvath, 2000). Pero independientemente de los logros alcanzados a lo largo de estos años, consideramos que hay varios aspectos fundamentales que cuestionan algunas de las hipótesis de Rogers: en primer lugar el autor ponía todo el peso del desarrollo de la relación en el terapeuta mientras que la observación de las sesiones mostraba que la evaluación subjetiva que realizaba el cliente sobre la calidad de la interacción tenía mucho más impacto en el resultado (Horowitz, Marmar, Weiss, Dewitt y Rosenbaum, 1984); por otro lado fue criticado por su tendencia a esteriotipar la conducta de los terapeutas hacia sus clientes al contar con una receta única para todos sin contemplar las diferencias individuales (Martínez, 2002); y por último se comprobó que las "actitudes facilitadoras" del terapeuta no eran la "piedra angular" del cambio clínico ya que, aunque a juicio de los terapeuta de este enfoque jugaran un papel principal, no se podían generalizar a todas las escuelas terapéuticas tal y como se había deseado originalmente. Las revisiones mostraron que aunque fueron siempre beneficiosas para los tratamientos no eran suficientes para promover el éxito terapéutico (Gelso y Carter, 1985; Mitchell, Bozarth y Krauft, 1977; Parloff, Waskow y Wolfe, 1978).

La relación terapéutica desde otros enfoques

Las perspectivas tradicionales de la terapia *gestatl* enfatizaban la relación como un medio para conseguir la conciencia de la experiencia del cliente, mientras que en la actualidad tienden a considerar que la relación terapéutica es el medio para establecer un contacto experiencial con el cliente (Hycner, 1990). Por otra parte, las perspectivas clásicas de la terapia cognitiva eran bastante introspectivas e individualistas, no tenían en cuenta la historia ni la relación emocional entre terapeuta y cliente mientras que las psicoterapias cognitivas actuales defienden justo lo contrario (Mahoney, 1995). Para estas últimas la relación no se considera como uno de los posibles ingredientes activos del tratamiento, sino que configura el prerrequisito para que se puedan aplicar las técnicas y así producir el cambio (Clark, 1995; Dryden, 1995). Dentro del grupo de las terapias cognitivas, las perspectivas constructivistas fueron aumentando de

forma gradual la importancia atribuida a la relación terapéutica (Gergen, 1999), algo que empezaba a ser común en todos los enfoques. Esto provocó que algunos autores (Gelso y Carter, 1985; Safran y Muran, 2005) intentaran ofrecer visiones globales que reunieran los aspectos comunes de la relación terapéutica, así como sus investigaciones y las interpretaciones de éstas. En este contexto, en absoluto resulta sorprendente que el movimiento para la identificación de los tratamientos *empíricamente validados* se extendiera también a este ámbito con la creación de un nuevo grupo de trabajo para el estudio de las *relaciones terapéuticas con apoyo empírico* (Norcross, 2002) como ya indicábamos al inicio del capítulo. Uno de los objetivos de este trabajo fue identificar los elementos de dichas relaciones terapéuticas efectivas proponiendo, tras una extensa revisión, dos listados diferentes; en el primero figuran los elementos que más evidencia empírica demostraron tener en relación a la calidad de dicha interacción terapéutica: la alianza, la cohesión en terapia de grupo, la empatía y el consenso en las metas de trabajo; en el segundo describen aquellos elementos avalados por algunas investigaciones con resultados favorables: respeto, congruencia, retroalimentación, capacidad para solventar las rupturas en la alianza, auto-observación, manejo de la contratransferencia e interpretaciones de la relación. Como se puede observar, tal y como ellos reconocen (Norcross, 2002), esta propuesta centra en el terapeuta el desarrollo de la interacción en sesión minimizando la contribución del cliente a la relación terapéutica. Esta es la primera de las limitaciones que encontramos en esta propuesta ya que, como veíamos en el capítulo anterior, pretender aislar la contribución de las variables que entran en juego en la investigación en psicoterapia es realmente complicado ya que todas se encuentran en constante interacción (Castonguay y Beutler, 2006). Por otro lado consideramos que las aportaciones realizadas por este trabajo y por las escuelas terapéuticas revisadas anteriormente proponen planteamientos exclusivamente descriptivos sobre lo que ocurre entre el terapeuta y el cliente cuando, desde nuestro punto de vista, la verdadera clave de la interacción en sesión es su funcionalidad, dando lugar al contexto donde se promueven y moldean las problemáticas del cliente. Este acercamiento mucho

más funcional será revisado en el siguiente apartado, pero antes queremos reseñar uno de los elementos con más tradición en la investigación en la relación terapéutica desde todas las escuelas y planteamientos: la alianza terapéutica.

La alianza[7] como elemento de la relación terapéutica.

Como ya indicábamos al inicio del capítulo, de entre los componentes de la relación terapéutica la alianza es el que ha recibido mayor atención (Gelso y Carter, 1994) y ha sido reconocido como un componente crucial del cambio clínico mostrando en una gran cantidad de estudios su correlación positiva con el cambio terapéutico (Castonguay y Beutler, 2006; Constantino, Castonguay y Schut, 2002); la conceptualización del término se ha ido desarrollando a lo largo del siglo XX. En *The Dynamics of Trasference*, Freud (1912b) planteó la importancia de mantener un interés y una actitud comprensiva por parte del terapeuta respecto al paciente para permitir que la parte más saludable del cliente estableciera una relación positiva con su analista. Originalmente dentro del enfoque psicoanalítico se formuló la relevancia de la relación terapéutica a partir del factor transferencial que el cliente aportaba al contexto psicoterapéutico, pero Zetzel (1956) distinguió entre transferencia y alianza sugiriendo que la alianza es la parte no neurótica de la relación entre terapeuta y cliente que posibilita el *insight* y el uso de las interpretaciones del analista para distinguir entre las experiencias relacionales del pasado y la relación real con el terapeuta. Aunque no todos los autores son partidarios de esta diferenciación (Bowlby, 1988; Friedman, 1969; Gelso y Carter, 1985) parece mayoritaria la conceptualización de la alianza como los aspectos realistas y de colaboración, y la asunción de la transferencia y contratransferencia como las reacciones distorsionadas que provoca la interacción terapeuta-cliente (Gaston et. al, 1995). Independientemente de este debate, el concepto de alianza terapéutica ha sido incorporado posteriormente por la mayoría de las escuelas psicoterapéuticas distanciándose en todos los casos de la lectura transferencial proporcionada por

[7] Los autores han usado diversas terminologías para referirse a la alianza terapéutica como alianza de trabajo, vinculo terapéutico o alianza de ayuda (Martin, Garske y Davis, 2000). En el texto nosotros denominaremos en todos los casos a este factor como *alianza* o *alianza terapéutica*.

el contexto psicoanalítico (Corbella y Botella, 2004). Como hemos comentado anteriormente, el movimiento humanista prestó especial atención a la relación terapéutica. Las tres características del buen terapeuta (empático, congruente y capaz de aceptar incondicionalmente al cliente) para establecer una relación efectiva con el cliente (Rogers, 1951, 1957) fueron puestas a prueba en múltiples estudios de correlación con el concepto de alianza terapéutica (Horvath y Luborsky, 1993) obteniéndose buenos resultados sobre todo entre la empatía del terapeuta percibida por el cliente y algunos aspectos de la alianza.

Más allá de las propuestas concretas de cada aproximación, reconocemos que el hecho de que la alianza haya tenido tanta repercusión en los distintos modelos terapéuticos estuvo catalizado por el trabajo empírico pionero de Luborsky (1976) y Bordin (1979) que atrajeron considerablemente la atención de la comunidad científica psicoterapéutica con su reformulación transteórica de este concepto (Safran y Muran, 2005). Luborsky propuso que la alianza era una entidad dinámica que evoluciona con los cambios de las demandas de las diferentes fases de la terapia (Horvath y Luborsky, 1993). Describió dos tipos de alianza en función de la etapa: la alianza de tipo 1 que se da sobre todo en el inicio de la terapia y se caracteriza por la sensación que experimenta el "paciente sobre el apoyo y la ayuda que le proporciona el terapeuta como contenedor" (Luborsky, 1976, p. 94); la alianza de tipo 2 que se da en fases posteriores del proceso terapéutico y consiste en la sensación de trabajo conjunto hacia la superación de los impedimentos y malestar del cliente. Bordin (1979) por su parte sugería que una buena alianza es el prerrequisito para el cambio en todas las formas de psicoterapia. Conceptuó la alianza compuesta por tres elementos independientes: tareas, objetivos y vínculo. Según el autor, la fuerza de la alianza depende del grado de acuerdo entre cliente y terapeuta sobre las tareas y los objetivos de la terapia y de la calidad del vínculo relacional entre ellos.

Como se puede observar a lo largo de los años son muchos los que se han esforzado por resolver las cuestiones relativas a la alianza terapéutica, obteniendo con ello muchísimos resultados que nos permiten avanzar en el conocimiento de este factor. En primer lugar, los múltiples meta-análisis realizados hasta la

actualidad muestran tamaños del efecto que oscilan desde el 0,22 hasta el 0,26 cuando se mide la asociación entre alianza y resultado (Horvath y Bedi, 2002; Horvath y Symonds, 1991; Martin et al., 2000); aunque a priori pueden parecer cifras bajas han supuesto un gran respaldo para el estudio de este factor si tenemos en cuenta por un lado la complejidad del área que están midiendo (Horvath, 2000; Horvath y Bedi, 2002) y por otro que cobran más importancia cuando se las compara con los valores obtenidos por otras variables medidas en la investigación en psicoterapia (Hovarth y Symonds, 1991). Por otro lado se ha demostrado que la calidad de la alianza correlaciona positivamente con algunas conductas y características tanto del terapeuta como del cliente, y negativamente con otras (Ackerman y Hilsenroth, 2003, Conolly Gibbons et. al, 2003). La evidencia también sugiere que la alianza es especialmente predictiva cuando es medida en las primeras sesiones del tratamiento (Constantino et. al, 2002) lo que ha impulsado las muchas líneas de estudio dedicadas al análisis de las rupturas en la alianza terapéutica (Safran, Crocker, McMain y Murray, 1990; Safran y Muran, 1996, 2000; entre otros). Por último, como consecuencia de los muchos años de investigación en este factor existen un gran número de instrumentos de medida de la alianza evaluada desde el punto de vista del cliente, del terapeuta y de observadores externos (Horvath y Greenberg, 1994). No es objetivo profundizar en las decenas de medidas generadas pero nos parece relevante señalar una de las aportaciones que han tenido este tipo de instrumentos ya que consistentemente han mostrado que la percepción de la alianza que tienen terapeuta y cliente es divergente, especialmente en las primeras sesiones, y que la perspectiva del cliente tiende a ser más predictiva del resultado (Horvath y Bedi, 2002).

Pero a pesar de todos estos avances y de la constancia de que la alianza está estrechamente vinculada al resultado las causas de esta relación no han sido establecidas (Horvarth, 2006), lo que claramente precisa más cantidad y formas de investigación para tener un mejor entendimiento de cómo se desarrolla (Castonguay et al., 2006). Desde nuestro punto de vista hay diferentes problemas a la hora de conceptualizar este factor que pueden estar complicando su

interpretación y la posibilidad de desentrañar las claves que encierra: en primer lugar consideramos que una de las dificultades más claras a la hora de investigar la alianza está relacionada con las múltiples variables que se han considerado a la hora de examinarla aumentando con ello la complejidad de su estudio y análisis; por otro lado, distintos autores sobre todo desde la perspectiva más tradicional de la modificación de conducta, se han cuestionado la posibilidad de que los clientes tengan una buena alianza terapéutica sólo cuando la terapia les está resultando útil como una consecuencia más del desarrollo positivo de las sesiones (Horvath, 2000); finalmente estamos de acuerdo con Curtis (1979) al señalar que existe cierto peligro cuando la alianza se empieza a ver como un fin en si mismo en lugar de un medio para alcanzar los fines terapéuticos; la obtención de tanta evidencia empírica en su relación con el resultado ha provocado cierta *cosificación* de esta variable dotándola de un carácter explicativo que no ha sido demostrado. En ese sentido nos parece más acertado el planteamiento de Bordin (1980) o de Horvath (2001) que plantean que la alianza terapéutica proporciona el contexto que promueve e interactúa con las estrategias específicas de la terapia.

1. 2. Formas de conceptualizar la relación terapéutica desde la perspectiva conductual.

Los primeros trabajos en modificación de conducta enfatizaron el valor de las técnicas en contraste a la importancia de la relación terapéutica (Wilson y Evans, 1977). El objetivo del tratamiento se centraba en que el cliente se entrenara para adquirir ciertas destrezas a través de la aplicación de esas técnicas, por lo que el rol del terapeuta se acercaba al de un entrenador o consejero que conllevaba una menor implicación con el cliente y una imagen más distante que la ofrecida por otras escuelas terapéuticas. Como contraposición al movimiento psicoanalista, y conceptos como la transferencia, y con el énfasis en evitar constructos mentalistas o vínculos emocionales, los terapeutas de conducta atendían sobre todo a las conductas observables del cliente y postulaban que era altamente improbable que los problemas del mismo fueran modificados

basándose solamente en la relación terapéutica (Bandura, 1969). Son características de esta época acepciones del terapeuta de conducta como "máquina de reforzamiento" o "ingeniero de la conducta" (Ayllon y Michael, 1959), pero a pesar de esta tendencia inicial, la interacción entre los protagonistas de la terapia en ningún momento fue totalmente ignorada (Follette et al., 1996). Ante la imagen fría y distante que se había generado, diversos autores, como Staats (1970), llamaron la atención sobre la necesidad de incorporar al modelo conductual la riqueza de los procesos sociales; anteriormente Wilson, Hannon y Evans en 1968 indicaban que la modificación de conducta debía aproximarse y abrirse a los prometedores resultados que se obtenían en la investigación sobre la relación terapéutica, mientras que Krasner (1962) ya había hecho hincapié en elementos como el reforzamiento social y la naturaleza interpersonal de la terapia como importantes factores del tratamiento. Esta variable iba cobrando cada vez más importancia como muestran las posturas que exponían que la calidad del vínculo aumentaba la probabilidad de que se aceptaran y cumplieran las tareas; se consideraba de esta manera que la relación proporcionaba un ambiente de seguridad y confianza, condiciones que son necesarias para aprender, mejorar y practicar las técnicas que se reconocían en todo momento como las últimas responsables del cambio (Foa y Goldstein, 1980; Sweet, 1984). La manera de conceptualizar la alianza terapéutica como elemento de la relación entre terapeuta y cliente ha seguido la misma línea: mientras los terapeutas de conducta no ignoraran o fracasaran en el uso de sus cualidades personales en las interacciones con los clientes podían continuar con el tratamiento señalando a las técnicas terapéuticas como las mayores responsables del cambio tal y como se refleja en las palabras de Gaston (1995).

> "Cuando nosotros conceptualizamos la alianza desde un punto de vista cognitivo-conductual pensamos que es semejante a la anestesia que tiene lugar en las operaciones de urgencia. Cuando alguien va al hospital para una urgencia es porque necesita que algún procedimiento se le implemente. Para que ese procedimiento tenga lugar, la persona debe estar bajo el efecto de la anestesia; la anestesia facilita lo que es realmente

> importante. Sin embargo, si alguien comete un error con la anestesia en la operación de urgencias, esto se convierte en la prioridad. De forma similar, desde el punto de vista cognitivo-conductual, una buena alianza es necesaria y a menudo crucial, sin ella no podremos proceder." (Goldfried et al., 1995. p. 5)

Poco a poco los autores iban dotando de más relevancia a lo que sucedía en sesión entre el terapeuta y el cliente como muestran Goldfried y Davison (1976), quienes señalaron que la conducta dentro de sesión podría ser útil en el proceso de la terapia de conducta; Goldlfried (1978) más tarde reconocería la importancia de la oportunidad terapéutica que se ofrece cuando los problemas del cliente aparecen en la clínica. Como podemos ver el terapeuta de conducta sí ha tenido en cuenta la interacción con su cliente pero a pesar de ello en ningún momento se ha examinado estrictamente como esa interacción podía provocar el cambio en sesión (Rosenfarb, 1992). De hecho, tal y como señala Pérez (2004), una de las claves de la desvirtuación de la terapia de conducta se relaciona con que no supo ver la relevancia de la relación terapéutica como parte clave de la terapia. Por otro lado, como veíamos en los primeros apartados del capítulo, aunque otros modelos hayan tenido muy presente desde sus inicios la importancia de la relación terapéutica poco han aportado sobre los mecanismos específicos que explican su valor (Follette et al., 1996). Por ello damos especial relevancia al enfoque del análisis de la conducta clínica que surgió para intentar superar las limitaciones que tenía la modificación de conducta hasta el momento y que ofrece un minucioso trato al entendimiento de la relación terapéutica. Este enfoque, basado en los principios del conductismo radical, propone la asunción de que los problemas de la vida cotidiana pueden darse y, de hecho, se dan en la sesión clínica, lo cual implica que el terapeuta puede observarlos y moldearlos directamente. Además, consideran que el lenguaje en sesión tiene un papel fundamental al entenderlo como una conducta clínicamente relevante que el terapeuta tiene la oportunidad de evocar, observar y cambiar a lo largo del curso de su interacción con el cliente. Dentro del análisis de la conducta clínica, por la

especial relevancia que concede a la relación terapéutica, queremos resaltar aquí una de sus propuestas terapéuticas, la psicoterapia analítico funcional (PAF, *Functional Analytic Psychotherapy).* Este modelo acentúa las contingencias que ocurren en el contexto terapéutico, la equivalencia funcional, el reforzamiento natural y el moldeamiento (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1995). La PAF trata de provocar el cambio en el cliente potenciando el valor de la relación terapéutica y, para ello, el psicólogo ha de observar y analizar el comportamiento del cliente en sesión para identificar sus *conductas clínicamente relevantes* y, después evocará, reforzará y ayudará a interpretar las conductas del cliente según los objetivos propuestos y atendiendo a las reglas terapéuticas fundamentales.

Aunque la PAF ha supuesto una revolución en la propuesta y en el estudio empírico de la relación terapéutica nos parece interesante señalar alguno de los trabajos teóricos que previamente pretendieron lo mismo. Uno de los primeros estudios en este campo lo constituye la obra de Truax, quien en 1966 ya establece la existencia de una relación directa entre la conducta del terapeuta y la conducta del cliente, explicando la ocurrencia del cambio en virtud de procesos de reforzamiento. A finales de la década de 1960, en la Universidad de Reno, el grupo de Willard Day inicia una línea de investigación encaminada al análisis del comportamiento verbal durante el proceso terapéutico. En estos trabajos se realizaron análisis conductuales intensivos de diálogos, gran parte de ellos extraídos de sesiones clínicas, basándose en la obra *Conducta Verbal* de Skinner (1957/1981) y trabajaron en la elaboración de sistemas de categorías que permitieran expresar lo observado en términos de principios operantes y respondientes. Este método, que es conocido en la comunidad científica como *Metodología de Reno* (*The Reno Methodology*), no ha sido apenas utilizado después de los trabajos del grupo de Day debido fundamentalmente a que se trata de una estrategia de investigación difícil de llevar a cabo (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001).

Finalmente queremos comentar en relación a la PAF que a pesar de que la utilidad práctica de las nuevas terapias de conducta ha sido abiertamente cuestionado (Corrigan, 2001), hay numerosas evidencias que exponen la utilidad

y las mejoras que provoca este enfoque terapéutico (Hayes, Masuda, Bisset, Luoma y Guerrero, 2004). Diversos trabajos han mostrado que el uso de la FAP mejora los resultados del tratamiento (Gaynor y Lawrence, 2002; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker y Tsai, 2002; entre otros), sin embargo lo más relevante de la línea de investigación actual son los trabajos que evidencian la utilidad de uno de los mecanismos propuestos por este enfoque: el moldeamiento en sesión de la conducta del cliente. Estudios como el realizado por Busch et al. (2009) han replicado hallazgos previos que mostraban que el terapeuta en sesión puede moldear la conducta del cliente (Callaghan, Summers y Weidman, 2003; Karpiak y Benjamin, 2004; Truax, 1966) y sugieren, como Kanter et al. (2006), que esas conductas moldeadas en sesión pueden afectar significativamente a la conducta fuera de la clínica. Todos estos trabajos ponen de relieve que sí se ha mantenido el compromiso con la tradición de terapia de conducta, una de cuyas características es la demostración empírica de sus procedimientos, en este sentido estamos de acuerdo con Hayes y colaboradores (2004) en que "estos métodos son una evolución más que una revolución en la modificación de conducta". Es cierto que las aplicaciones clínicas que han mostrado su evidencia empírica son estudios de caso, lo que es propio, al inicio, de las nuevas terapias que suelen presentar únicamente casos donde se muestre su proceder y su efectividad. Sin embargo, tal y como expone Pérez (1996) respecto a la PAF, esto es así no tanto porque esté en sus comienzos, como por lógica de investigación; esta línea dada su filiación en el análisis de conducta, se atiene, y reivindica, el estudio de caso como método propio de la investigación clínica. Todas estas evidencias se deben a la línea de investigación de la interacción generada basada en la observación de las conductas clínicamente relevantes del cliente y las respuestas del terapeuta a las mismas codificadas según un sistema de categorización creado por los autores denominado *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (*FAPRS*; Callaghan, 1998), éste y otros sistemas de medida generados para el estudio de la relación terapéutica serán revisados en el siguiente apartado.

2. SISTEMAS DE MEDIDA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Tal y como exponen Leudar et al. (2009) todas las orientaciones terapéuticas deben tener en cuenta el análisis de la interacción a través del habla si quieren profundizar en los factores más relevantes relacionados con el cambio terapéutico. La utilización de cuestionarios, entrevistas y descripciones del terapeuta, del cliente o de observadores externos ha sido muy frecuente en la investigación en psicoterapia, pero tal y como ponen de relieve Winefield, Bassett, Chandler y Proske (1987) no es lo mismo lo que los protagonistas dicen que hacen frente a lo que hacen en sesión. Son muchos los autores e investigadores que han focalizado su esfuerzo en el estudio de la conducta verbal en sesión desarrollando sistemas de categorización que han permitido una amplia variedad de estudios: han sido usados para describir la relación entre los participantes (Lennard y Bernstein, 1960), para diferenciar enfoques terapéuticos (Canfield, Walker, Brown, 1991; Brunink y Schroeder, 1979; Stiles, 1979; Stiles y Shapiro, 1995; Wiser y Goldfried, 1996), para predecir el resultado del tratamiento (Scher, 1975), para comparar terapeutas y niveles de entrenamiento (Gordon y Toukmanian, 2002; Hill, Charles y Reed, 1981; Palisi y Ruzicka, 1974), para medir el potencial de las verbalizaciones (Elliot, Barker, Caskey y Pistrang, 1982), para detectar los tipos de conducta desadaptativa de los clientes (Glenn, 1983), para estudiar cómo va cambiando lo que hacen terapeuta y cliente en sesión (Piñar, Caro y Coscollá, 2001; Winefield et. al, 1987), para evaluar la calidad de las intervenciones del terapeuta y sus habilidades (Messer, Tishby y Spillman, 1992; Sasche, 1990, 1992, 1993; Sasche y Elliott, 2001; Toukmanian y Armstrong, 1998), para analizar las expresiones emocionales en terapia (Valdes et al., 2010) o para examinar la adherencia de los terapeutas a su escuela teórica (Trijsburg et al., 2002, 2004).

Todos estos trabajos sugieren que el análisis de la interacción verbal en la clínica proporciona un material muy útil para estudiar el proceso de terapia como un sistema relacional (Lonborg, Daniels, Hammond, Houghton-Wenger y Brace, 1991). Pero las dificultades en esta área también han aparecido y se han reflejado

en la proliferación de sistemas de categorías y la desorganización de los mismos dando cuenta de la falta de consenso sobre cuáles son los aspectos más significativos de la interacción verbal. La ausencia de una unidad teórica ha provocado la insatisfacción constante de los investigadores con los sistemas generados por lo que han continuado buscando nuevas formas que clarifiquen la riqueza de la conducta verbal en psicoterapia. Tal y como exponen Russell y Stiles (1979), los resultados de esta continua búsqueda ponen de relieve la necesidad de generar un marco teórico que facilite la comparación y evaluación de los diferentes sistemas. Los propios autores propusieron un método de codificación de los sistemas existentes, para ello realizaron dos tipos de clasificaciones: por un lado en función de la tipología de sus categorías pudiendo ser de contenido, inter-subjetivas o extralingüísticas; y por otro en función de la estrategia de codificación pudiendo ser clásica o pragmática. También expusieron una serie de exigencias y recomendaciones a la hora de desarrollar cualquier sistema de categorización: deben presentar categorías de un mismo tipo, mutuamente exclusivas, exhaustivas y que se derivaran de un único sistema principal. Posteriormente el propio Stiles propuso uno de los sistemas de clasificación más utilizado en la investigación en psicoterapia, *The Taxonomy of verbal response modes* (*VRM*; Stiles, 1987), cuyas categorías registran actos de habla (por ejemplo pregunta, confirmación o exposición); el autor expone que un sistema de estas características puede ser útil para medir lo que hacen los protagonistas de la psicoterapia recalcando sobre todo la implicación relacional que tienen sus categorías. Los VRM ofrecen una descripción de cómo se relacionan terapeuta y cliente, que es conceptualmente independiente del contenido de su conversación o de su estado emocional; concibe a las personas como centros de experiencia, como unidades de relación interpersonal, siendo los actos de habla los vínculos entre ellas (Stiles, 1993). Los VRM han sido ampliamente utilizados en diversas áreas, tales como la psicología social o la psicología de la salud, aunque sobre todo se ha utilizado en el área de estudio de procesos de la psicoterapia y en entrevistas médicas. Por ejemplo, dentro de la psicoterapia se han utilizado para demostrar cómo terapeutas de diferentes

orientaciones asumen papeles distintos en la interacción con el cliente, suponiendo que esas divergencias implican que los psicólogos hacen cosas diferentes en terapia, coherentes con los principios teóricos de cada enfoque (Stiles, 1979; Stiles, Shapiro, Firth-Cozens, 1988).

Otras de las autoras más relevantes en esta área de investigación ha sido C. E. Hill; sus sistemas de categorización, *The Counselor Verbal Response Category System* (Hill, 1978; Hill et. al, 1992) y *The Client Verbal Response Category System* (Hill, 1986; Hill et al., 1981) permiten registrar las acciones llevadas a cabo en la interacción verbal por el terapeuta (por ejemplo confrontación, auto-observación o interpretación) y por el cliente (por ejemplo resistencia, pregunta o acuerdo), y proporcionan un puente entre las conductas llevadas a cabo por los protagonistas de la terapia y el resultado de la misma (Howell y Highlen, 1981). Uno de los trabajos más relevantes realizado por la misma autora y colaboradores (1987) es una nueva revisión de la diversidad de sistemas existentes que vuelve a poner de relieve la dificultad para seleccionarlos y compararlos. Tras este trabajo sugirieron un conjunto fundamental de modos de respuesta: pregunta, información, consejo, reflexión, interpretación y autodescubrimiento; y propusieron su utilización para una amplia variedad de áreas en la investigación en psicoterapia.

Por otro lado queremos señalar que desde la orientación psicoanalítica se han desarrollado metodologías que pretenden desentrañar qué intenciones y mensajes subyacen a las verbalizaciones explícitas de terapeuta y cliente. De esta manera muchos autores trabajan con el *Conversation Analysis* (CA; Sacks, Schegloff y Jefferson, 1974), un método de estudio iniciado por Sacks en la década de 1960 que analiza las formulaciones y resistencias de los protagonistas de la terapia dando más relevancia al “dialogo de mentes” que al discurso explícito de cada uno de ellos. En ese sentido este tipo de trabajos, y los presentados anteriormente por Stiles y Hill, se alejan de la investigación de procesos que pretendemos llevar a cabo y del estudio más funcional de la conducta verbal en la terapia. Tal y como afirman Gordon y Toukmanian (2002) en su trabajo sobre *cómo* interviene el terapeuta en sesión, el hecho de encontrar

una asociación positiva entre la forma de intervenir del terapeuta y el proceso de cambio del cliente no nos permite concluir que dichas formas estén produciendo esos cambios. Para ello necesitaremos sistemas de categorización centrados en la funcionalidad de la conducta verbal en sesión, uno de los más relevantes es el *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS, Callaghan, 1998). Este sistema fue desarrollado para evidenciar las conductas del cliente y del terapeuta a lo largo de las sesiones de la PAF y una de sus ventajas es que busca identificar los mecanismos de cambio en las respuestas del terapeuta a las conductas del cliente en sesión. Pero presenta una desventaja respecto al planteamiento que nosotros marcamos para nuestra investigación: la utilidad de este instrumento de medida es relativa fuera de la propia PAF esto es, para sesiones cuyo enfoque terapéutico sea distinto de la PAF.

3. COMENTARIOS FINALES Y PROPUESTA DE ESTUDIO

El concepto revisado a lo largo del capítulo, la interacción terapéutica y su relación con el resultado del tratamiento es uno de los temas más antiguos en la investigación en psicoterapia (Horvath y Symonds, 1991) como muestran el amplísimo número de conceptualizaciones y de aproximaciones a su estudio que hemos expuesto anteriormente. A pesar de reconocer el posible valor relativo de todas las propuestas teóricas revisadas, en este punto conviene aclarar que no debemos olvidar el papel fundamental que tienen las técnicas de intervención que se aplican en cada caso y que son responsables de gran parte del cambio que tiene lugar, lo cual se verá complementado con las oportunidades para modificar el comportamiento que ofrece la propia interacción entre terapeuta y cliente; tanto técnicas como interacción no son más que aplicaciones o facilitadores de principios de aprendizaje. Como señaló Rosenfarb (1992) y ya comentábamos anteriormente, no se debe llegar al punto en que la relación terapéutica se reifique y se convierta en la única explicación del cambio. Esto ha ocurrido en diferentes planteamientos como el realizado con alguno de los aspectos de la transferencia,

lo que supone un ejemplo más de la tendencia de determinados enfoques a dar a los conceptos descriptivos el carácter de principios explicativos (Sandler et al., 1993). En numerosas ocasiones el problema que se plantea en la conceptualización de la relación terapéutica está relacionado con la terminología y el planteamiento teórico de alguno de tales enfoques; a lo largo de la revisión nos hemos encontrado con expresiones como "dialogo de mentes", intra-psíquico, experiencial o inconsciente; términos que desde nuestro punto de vista sólo dificultan el estudio de cualquier factor ya que lo oscurecen con aspectos que no podemos manejar ni estudiar explícitamente. Por otro lado, otra de las dificultades que se presentan a la hora de trabajar con la relación terapéutica es el amplísimo número de variables que se han barajado para su investigación. En ese sentido nos parece interesante reseñar el planteamiento de Horvath (2009) que separa el estudio de este factor en tres niveles conceptuales: sentimientos, inferencias y proceso; independientemente de que estemos o no de acuerdo con esta conceptualización nos parece relevante cualquier diseño que permita aislar aspectos tan distintos como la colaboración, la sensación de confianza, las expectativas de éxito o los mecanismos de cambio que se ponen en juego en la interacción entre terapeuta y cliente.

Nuestra forma de entender la interacción terapéutica ha sido ya presentada a lo largo del capítulo; desde nuestro punto de vista la relación entre el terapeuta y el cliente aglutina tres aspectos fundamentales relacionados con el cambio clínico: en primer lugar configura el contexto para que se produzcan los procesos de aprendizaje necesarios para el éxito terapéutico. De acuerdo con la PAF el contexto clínico es un espacio más de la vida del cliente donde el terapeuta puede moldear las conductas clínicamente relevantes que se dan en sesión. En segundo lugar la interacción terapéutica se convierte en el mecanismo de cambio en sí mismo, es decir la propia relación pone en marcha claves del cambio cuando por ejemplo trabajamos con problemáticas como las habilidades sociales, o cuando se contracondiciona cualquier estímulo por el mero hecho de hablarlo en sesión. Por último, no debemos olvidar los efectos iatrogénicos asociados al terapeuta, a pesar de que éstos siempre han sido interpretados de una forma negativa;

consideramos que si el psicólogo es capaz de conocerlos y conducirlos en la interacción clínica éstos pueden jugar a favor de la consecución de los objetivos terapéuticos. Dentro de este planteamiento, tal y como indicábamos en el capítulo anterior, estamos de acuerdo en que pueda haber unos terapeutas mejores que otros más allá de la aplicación de las técnicas o de la escuela teórica (Luborsky et al., 1997); la verdadera habilidad estará en la capacidad para adaptarse a cada cliente y a cada contexto generado para que se puedan poner en marcha dichos procesos de aprendizaje auténticos generadores del cambio.

La forma de entender la interacción terapéutica tiene implicaciones directas sobre la manera de proceder de los terapeutas; en este sentido, encontramos ejemplos en otros planteamientos que provocan a nuestro entender errores en el quehacer del psicólogo. Respecto al psicoanálisis y su concepto de transferencia, Safran y Murran (2000) ponen de relieve que no es siempre obligatoria una profunda exploración de la relación terapéutica, si no que es una de las muchas tareas terapéuticas posibles. Conectado con esto, Follette et al. (1996) realizan una crítica al planteamiento de Rogers (1957) con la que estamos totalmente de acuerdo: la terapia centrada en el cliente implica para el terapeuta un apoyo incondicional positivo en su relación terapéutica que es necesario y suficiente para promover el cambio deseado; desde nuestro punto de vista, el terapeuta debe seleccionar qué conductas será conveniente reforzar, cuáles castigar y cuáles someter a un proceso de extinción o de lo contrario podríamos producir un repertorio de conductas inefectivas. Vinculado a todo esto nos parece de especial relevancia señalar que, independientemente del planteamiento que cada enfoque dé a la interacción terapéutica, algo que se ha puesto de relieve en muchos de los trabajos revisados a lo largo de estos capítulos es la importancia del entrenamiento, la supervisión, la autoobservación y el reciclaje continuo de los terapeutas. Tal y como señala Hill (2005), la mejor forma para mejorar la relación terapéutica y por lo tanto mejorar los resultados es centrarse en los componentes del terapeuta y de su entrenamiento. En ese sentido, y ya centrándonos en los enfoques actuales de la modificación de conducta, la equivalencia funcional que propone la PAF entre la situación terapéutica y la

vida cotidiana, supone un matiz muy relevante asociado con las habilidades que se requieren en los terapeutas de conducta; éstas se relacionan con una mayor implicación personal ya que deben apreciar manifestaciones del cliente dirigidas al terapeuta y que pudieran formar parte de sus problemas en la vida cotidiana; los terapeutas deben constituirse como agente de reforzamiento natural y tener capacidad autocrítica para reparar en su papel (Pérez, 1996).

A modo de conclusión de todo el marco teórico queremos recalcar la necesidad de tener en cuenta en continua interacción al terapeuta y al cliente. Tal y como expone Hill (2005) el terapeuta no puede usar técnicas efectivas si el cliente no está involucrado y si no hay una buena relación; el cliente no estará correctamente implicado si el terapeuta no es habilidoso usando las técnicas y si no hay una buena relación; y no podrá existir dicha buena relación sin un terapeuta competente y un cliente involucrado. El estudio de esta interacción presenta un puente entre la tradicional dicotomía entre las variables de proceso y resultado (Safran et al., 1990) que exponíamos en el primer capítulo. En definitiva, el objetivo de estudio es el mismo sea cuál sea la perspectiva desde la que se aborde, y no es otro que la interacción clínica. Lo que ocurre es que desde muchas perspectivas teóricas se han limitado a señalar que un determinado proceso ocurre o que una habilidad concreta se pone en marcha dándole un nombre a ese hecho; pero no basta con decir que algo ocurre sino que hay que explicar cómo sucede, sobre todo, cómo podemos hacer que acontezca en el momento adecuado. Ese es el objetivo de los trabajos empíricos que se presentan a continuación, y que se enmarcan en el estudio momento a momento de la interacción verbal entre los dos protagonistas de la terapia lo que nos proporciona una visión más profunda del proceso psicoterapéutico (Elliot, 2010; Messer et. al, 1992).

CAPÍTULO IV

ESTUDIO EMPÍRICO 1: Análisis de la conducta verbal del psicólogo durante el proceso terapéutico

1. INTRODUCCIÓN

Como hemos apuntado en los capítulos anteriores, los resultados de la investigación en psicoterapia a lo largo de las últimas décadas han sido muy controvertidos, lo que ha puesto de relieve la necesidad de desarrollar nuevas metodologías de investigación. Tal y como señalan Busch et al. (2009), la mayoría de los estudios se han centrado en el análisis de variables que podían representar las claves explicativas del resultado terapéutico, pero pocos trabajos se han encargado de estudiar el impacto del quehacer del psicólogo y la mejora del cliente en un nivel más detallado a lo largo del proceso terapéutico. Actualmente se ha enfatizado este tipo de perspectivas que tratan de acercarnos a los principios del mecanismo de cambio frente a la búsqueda de aval empírico para los paquetes de tratamientos. Éste es el tipo de análisis que pretendemos realizar en los trabajos que se exponen a continuación, realizando un estudio momento a momento de la interacción verbal en terapia y centrándonos en lo que los protagonistas hacen y no tanto en las características más o menos estables de sus respectivos roles.

Para ello vamos a llevar a cabo nuestro planteamiento paso a paso: entendiendo que el terapeuta de conducta es directivo y que la funcionalidad de sus conductas es la que queremos comprobar, vamos a iniciar el estudio de la interacción con el análisis de dichos comportamientos. Comenzar por la observación de uno de los protagonistas de manera independiente puede parecer contradictorio, teniendo en cuenta el énfasis realizado a lo largo del marco teórico de la necesidad de integrar todas las variables implicadas en el proceso y el resultado de la terapia. En éste

sentido no perdemos de vista el objetivo último de la investigación, pretendemos detectar qué patrones de conducta pone en marcha el psicólogo, identificar en relación a qué cambian e hipotetizar qué pretende conseguir con ellos para, posteriormente, comprobar todos estos aspectos con el estudio del cliente. El análisis pormenorizado de las conductas del terapeuta en sesión tiene un claro antecedente en trabajos previos del grupo de investigación (Froján, Calero, Montaño, Ruiz, en prensa; Froján, Montaño, Calero, 2006; Montaño, 2008); en dichos trabajos pretendíamos comprobar si dichos patrones se modificaban en función de las actividades que el psicólogo desempeñara y no tanto en la distribución por fases que en los inicios de la línea de investigación hipotetizábamos. A pesar de obtener resultados que avalaban estas ideas hemos decidido replicar este trabajo como paso previo al estudio de la interacción por diversas razones: en primer lugar, contamos con un instrumento de categorización mucho más consolidado, el *Sistema de categorización de la interacción de la conducta verbal en terapia* (SISC- INTER-CVT), que cuenta con modificadores en sus categorías que nos permiten un análisis más fino de lo que ocurre en sesión y ha conllevado una enorme depuración que se ve acompañada de un aumento ostensible en los niveles de fiabilidad inter e intra-juez; por otro lado la colaboración continua con el *Instituto Terapéutico de Madrid* ha permitido un incremento notable de la muestra resultando, desde nuestro conocimiento clínico, cualitativa y cuantitativamente más representativa del día a día en el quehacer de un centro de terapia; finalmente consideramos que tiene un gran interés en sí mismo la replicación de dicho trabajo para ratificar los resultados obtenidos, sobre todo teniendo en cuenta que las conclusiones derivadas de este estudio servirán de base para todo el trabajo realizado con el cliente y posteriormente, por tanto, para el análisis de la interacción.

Tomando todo esto en consideración, las hipótesis principales que se quisieron contrastar en este estudio fueron las siguientes: en primer lugar, la distribución de las categorías que codifican las emisiones verbales de los terapeutas en las sesiones observadas variará a lo largo de la intervención psicológica, dando lugar a un modelo de actuación verbal relacionado con el objetivo clínico perseguido durante el proceso terapéutico e independiente del psicólogo analizado, el caso

considerado y/o la problemática tratada. En segundo lugar, los resultados obtenidos en trabajos previos del grupo de investigación se replicarán con los datos obtenidos en este estudio.

2. MÉTODO

2.1. Participantes.

Para llevar a cabo el estudio se analizaron las grabaciones de 92 sesiones clínicas (78 horas, 19 minutos y 2 segundos de terapia observados) procedentes de 19 casos tratados por 9 terapeutas conductuales con diferentes grados de experiencia y procedentes del *Instituto Terapéutico de Madrid*, un gabinete psicológico privado de esta comunidad. El trabajo clínico llevado a cabo fue con población adulta y el tratamiento psicológico recibido fue individual. En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado de los clientes y los psicólogos para proceder a la grabación y posterior observación y análisis de las sesiones, habiendo sido aprobado este procedimiento por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid. Con el fin de garantizar al máximo el derecho a la confidencialidad de los clientes, las cámaras desde las que se realizaron las grabaciones se dirigían directamente al terapeuta y en ningún caso quedaba registrada la cara del cliente. En el anexo I se presenta uno de los modelos de consentimiento informado utilizados en los estudios empíricos que se presentan en éste y los siguientes capítulos. Las características de los casos, sesiones, clientes y terapeutas elegidos para la realización del presente estudio se detallan en la tabla IV. 1.

Tabla IV.1. Características de las grabaciones analizadas

Caso	*Sesiones totales (grabadas)*	*Sesiones observadas (nº y duración)*	*T*	*Sexo (T)*	*Edad (T)*	*Experiencia (años)*	*Sexo (C)*	*Edad (C)*	*Problema*
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	14	M	29	Bajo estado de ánimo
2	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	16	M	32	Problemas de pareja
3	21 (20)	S2 (0h 49’ 17’’) S5 (1h 05’ 01’’) S7 (0h 51’ 28’’) S9 (0h 42’ 11’’) S20(0h 31’23’’)	1	M	47	18	H	31	Trastorno obsesivo compulsivo
4	17(17)	S1 (1h 14’ 35’’) S4 (1h 03’ 44’’) S5 (0h 46’ 25’’) S9 (1h 05’ 43’’) S16(0h 32’53’’)	1	M	48	19	M	32	Problemas de ansiedad
5	9 (8)	S2 (0h 46’ 21’’) S3 (0h 27’ 59’’) S4 (0h 37’ 36’’) S7 [b](0h 18’12’’) S8 (0h 33’ 34’’)	1	M	44	15	M	36	Agorafobia
6	8 (8)	S3 (0h 45’ 03’’) S5 (0h 45’ 04’’) S6 (0h 40’ 02’’) S7 (0h 51’ 16’’) S8 (0h 51’ 11’’)	2	H	31	5	M	29	Problemas de alimentación
7	12(10)	S2 (0h 50’ 03’’) S4 (0h 34’ 13’’) S6 (0h 49’ 39’’) S8 (0h 45’ 12’’) S10(0h 49’04’’)	2	H	30	4	H	36	Problemas de ansiedad y habilidades sociales
8	10(9)	S2 (0h 54’ 57’’) S5 (0h 55’ 00’’) S7 (0h 20’ 43’’) S8 (0h 38’ 22’’) S10(0h 51’27’’)	2	H	32	6	M	22	Bajo estado de ánimo
9	9(6)	S2 (0h 48’ 06’’) S2 (0h 45’ 38’’) S4 (1h 27’ 58’’) S8 (0h 48’ 42’’) S9 (0h 58’37’’)	3	M	30	4	M	51	Fobia a volar
10	8(7)	S2 (1h 03’ 35’’) S4 (1h 01’ 41’’) S5 (0h 55’ 19’’) S6 (1h 00’ 57’’) S7 (0h 56’ 04’’)	3	M	33	7	M	35	Hipocondría y problemas de pareja
11[a]	5(5)	S2 (0h 49’ 15’’) S3 (1h 08’ 56’’) S4 (1h 03’ 59’’) S5 (0h 51’ 15’’)	3	M	32	6	M	31	Problemas de ansiedad
12	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	4	H	34	Habilidades sociales

13	9(8)	S1 (0h 51’ 52’’) S4 (0h 58’ 54’’) S5 (0h 54’ 18’’) S7 (0h 51’ 50’’) S8 (0h 55’ 46’’)	4	M	33	7	M	19	Fobia a atragantarse
14	13(10)	S2 (0h 53’ 32’’) S6 (1h 01’ 12’’) S7 (0h 53’ 56’’) S10(0h 56’32’’) S12(0h 59’25’’)	5	M	26	1	M	21	Trastorno obsesivo compulsivo
15 [a]	7(5)	S2 (0h 44’ 57’’) S3 (0h 42’ 21’’) S5 (0h 44’ 28’’) S6 (0h 48’ 46’’)	6	M	25	1	M	33	Onicofagia
16	15(13)	S4 (1h 07’ 32’’) S5 (1h 09’ 09’’) S6 (0h 44’ 54’’) S11(1h 00’55’’) S15(0h 50’58’’)	7	M	26	1	M	35	Bajo estado de ánimo
17	17(15)	S2 (0h 50’ 18’’) S4 (0h 47’ 49’’) S5 (0h 44’ 52’’) S10(0h 42’14’’) S13(0h 31’48’’)	8	M	36	2	M	22	Problemas de ansiedad
18	9(8)	S2 (0h 47’ 37’’) S3 (0h 51’ 58’’) S4 (0h 51’ 39’’) S8 [b](0h 20’43’’) S9 (0h 19’ 02’’)	9	M	24	1	H	21	Fobia a las arañas
19 [a]	9(7)	S1 (1h 05’ 46’’) S5 (1k 14’ 40’’) S6 (0h 58’ 15’’) S8 (1h 09’ 45’’)	9	M	24	1	H	25	Problemas de alimentación

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.
[b] Parte de la sesión se desarrolló fuera de la clínica

2.2. Variables e instrumentos

La Tabla IV.2 recoge las variables e instrumentos considerados para la realización del presente estudio.

Tabla IV.2. Variables e instrumentos.

Variables de estudio[8]
• Variables referidas a la conducta verbal del terapeuta (variables cuantitativas) - Función discriminativa sin indicar la dirección de la respuesta - Función discriminativa indicando la dirección de la respuesta - Función discriminativa conversacional - Función discriminativa fallida - Función de refuerzo bajo - Función de refuerzo medio - Función de refuerzo alto - Función evocadora - Función de castigo bajo - Función de castigo medio - Función de castigo alto - Función informativa - Función motivadora - Función instructora dentro de sesión - Función instructora fuera de sesión - Otras - Charla "irrelevante" (chatting)
Variable de bloqueo
• 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. Subsistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT) 2. The Observer XT versiones 6.0 y 7.0 3. SPSS 17.0

<u>Variables referidas a la conducta verbal del terapeuta</u>

A partir de la aplicación del *Subsistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta* (SISC-CVT) para codificar el comportamiento verbal emitido por los psicólogos observados durante la interacción con sus clientes, se crearon 17 variables cuantitativas con las que se pretendía resumir el peso que cada

[8] Cabe adelantar en este punto que únicamente podremos comprobar si determinadas funciones del comportamiento del terapeuta ocurren realmente cuando se demuestre su efecto en la conducta del cliente y mientras hablaríamos de *posibles* funciones de la conducta del psicólogo.

categoría incluida en el SISC-CVT (véase el apartado *Procedimiento* para conocer el desarrollo de este instrumento y las definiciones de sus categorías) 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* registradas (*Función discriminativa sin indicar la dirección de la respuesta, Función discriminativa indicando la dirección de la respuesta, Función discriminativa conversacional, Función discriminativa fallida, Función de refuerzo bajo, Función de refuerzo medio, Función de refuerzo alto, Función evocadora, Función de castigo bajo, Función de castigo medio, Función de castigo alto* 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 motivadora, Función instructora dentro de sesión, Función instructora fuera de sesión y Chatting*).

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 funcional del problema por el que consulta el cliente y el tratamiento derivado de éste.
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 división tradicional que se ha hecho de las intervenciones terapéuticas, sobre todo de las enmarcadas en el enfoque conductual, plantea tres fases a lo largo de la terapia: *evaluación, tratamiento y consolidación del cambio* (Turkat, 1985). Desde los inicios, nuestro grupo de investigación trabaja con esta clasificación algo modificada. Los primeros resultados de nuestro trabajo (Froján et al., en prensa; Montaño, 2008) apuntaban la ausencia de una fase de *consolidación del cambio* propiamente dicha: el coste económico que tiene la clínica privada puede estar implicado en la ausencia de sesiones en las que únicamente se consoliden los logros y no haya propuestas sistemáticas de nuevas pautas de actuación. Por otro lado, decidimos añadir la fase denominada *explicación del análisis funcional y la propuesta de tratamiento* ya que desde nuestro punto de vista como clínicos y de acuerdo con otros autores (por ejemplo, Crespo y Larroy, 1998; Méndez, Orgilés y Espada, 2006), la terapia de conducta se ve caracterizada por una sesión posterior a la evaluación en la que el terapeuta devuelve toda la información recogida previamente explicando el análisis funcional del problema del cliente y exponiendo su propuesta de tratamiento diseñada con base en dicho análisis. Finalmente decidimos dividir la fase de tratamiento en tres: *inicio, desarrollo y fin*, ya que consideramos que la intervención a lo largo del tratamiento se va modificando en función de la consecución de objetivos y la propuesta de tareas dando lugar a sesiones posiblemente diferenciadas.

Materiales e instrumentos

La grabación de las sesiones analizadas se realizó utilizando un circuito cerrado de cámaras y vídeo existente en el centro colaborador. La imagen captada por un video VHS era transformada posteriormente a MPEG- 2, el formato requerido para el software utilizado en la categorización.

Para la codificación de las verbalizaciones de los terapeutas se utilizó el *Subsistema 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 el objetivo de garantizar la precisión de los registros. Los análisis estadísticos de los datos del estudio se llevaron a cabo con el software *SPSS 17.0*.

2.3. Procedimiento.

En primer lugar se contactó con el centro colaborador y se obtuvo el consentimiento informado de la directora para grabar aquellos casos en los que terapeuta y cliente accedieran a que las sesiones fueran observadas. El proceso de selección de las sesiones a observar en cada caso fue llevado a cabo por una persona (el observador 1, a partir de ahora) 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 sesión 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 iguales 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. 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 mediante el SISC-CVT. Este subsistema forma parte del instrumento general de codificación, el SISC- INTER- CVT, que cómo comentábamos anteriormente, se formó tras la depuración de dos sistemas previamente desarrollados por el grupo de investigación: el primero para el estudio general de la conducta verbal de los terapeutas y el segundo para el análisis detallado de la técnica de reestructuración cognitiva. En la elaboración del instrumento destinado al estudio de la reestructuración cognitiva (Calero, 2009), el grupo de investigación trabajó por primera vez con modificadores para algunas de las categorías evento (*Función discriminativa, Función de refuerzo y Función de castigo*) e incorporó el estudio y la categorización de la conducta verbal del cliente. El sistema de codificación elaborado en aquel momento se puso a prueba para el desarrollo del SISC- CVT con la observación inicial no sistemática de 5 fragmentos de sesiones pertenecientes a todas las fases de la terapia. Tras este periodo de observación llevado a cabo por el observador 1, experto en la aplicación de los instrumentos anteriores, se propuso mantener prácticamente íntegras las categorías y los modificadores iniciales realizando algunas transformaciones: incorporar la categoría estado *Chatting* (para las fases de charla intrascendente de la sesión), dividir la categoría *Preparación* en las categorías *Función informativa* y *Función motivadora* (recuperando estas categorías estado iniciales que habían sido agrupadas para el estudio más específico de la reestructuración cognitiva), dividir a su vez la categoría *Función instructora* en *Función instructora dentro de sesión* y *Función instructora fuera de sesión* (con el objetivo de discriminar mejor las tareas llevadas a cabo dentro del contexto clínico con aquellas pautadas para su desarrollo durante la semana) y eliminar la categoría *Preparación del discriminativo* y el modificador *Función discriminativo otras* (teniendo en cuenta que en trabajos previos habían presentado problemas al solaparse con otras categorías). Posteriormente se llevó a cabo la observación sistemática de 6 fragmentos de terapia por parte del observador 1 y de un observador entrenado en la aplicación de los sistemas previos (a partir de ahora, observador 2) con la consiguiente depuración y propuesta de nuevos criterios de categorización. La propuesta definitiva del SISC- CVT finalizó con el análisis de la concordancia entre los dos observadores, calculando el *porcentaje de acuerdo*

entre los mismos y el *coeficiente Kappa de Cohen* (Cohen, 1960), que supera el índice anterior al corregir los posibles acuerdos debidos al azar. Aunque resulta difícil establecer qué valores de Kappa indican grados aceptables de concordancia entre observadores (Bakeman, Quera, McArthur y Robinson, 1997), se pueden establecer valores *pobres* (inferiores a 0,40), *razonables* (entre 0,40 y 0,60), *buenos* (entre 0,60 y 0,75) y *excelentes* (valores superiores a 0,75) (Bakeman, 2000; Landis y Koch, 1977). Teniendo en cuenta lo anterior, se dio por finalizada la fase de depuración cuando se habían operativizado lo máximo posible los acuerdos de categorización y se había llegado a un nivel de acuerdo apropiado en las comparaciones entre el observador 1 y 2, en concreto, cuando se alcanzó y se mantuvo durante más de tres comparaciones sucesivas un valor de Kappa superior a 0,60. El sistema quedó configurado por un total de 17 categorías agrupadas en 10 categorías supraordenadas. En la tabla IV. 3 presentamos una breve descripción de las categorías que conformaron el SISC- CVT con el fin de facilitar al lector la comprensión de nuestro estudio; por cuestiones de espacio y claridad en la exposición el sistema de categorización completo, que incluye las definiciones de las categorías, los criterios de categorización y diversos ejemplos y contraejemplos para las distintas categorías, se puede consultar en el Anexo II.

Tabla IV.3. Definición de las categorías del subsistema SISC-CVT.

Categorías	Definición [a]
Función discriminativa	Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del cliente (verbal o no) que suele ir seguida de función de refuerzo o de castigo. (Categoría evento) *Modificadores:* Sin indicar la dirección deseada de la respuesta, Indicando la dirección deseada de la respuesta, Discriminativo conversacional, Discriminativo fallido.
Función evocadora	Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o bien a la verbalización de una respuesta emocional que está teniendo lugar. (Categoría evento)
Función de refuerzo	Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación de la conducta emitida por el cliente. (Categoría evento) *Modificadores:* Refuerzo conversacional, Bajo, Medio, Alto.
Función de castigo	Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el cliente. (Categoría evento) *Modificadores:* Castigo Bajo, Medio, Alto.
Función informativa	Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta. (Categoría estado)
Función motivadora	Verbalización del terapeuta que explicita las consecuencias que la conducta del cliente (mencionada o no esta conducta y/o la situación en que se produce) tendrá, está teniendo, ha tenido o podrían tener (situaciones hipotéticas) sobre el cambio clínico. (Categoría estado)
Función instructora dentro de sesión	Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta del cliente dentro del contexto clínico. (Categoría estado)
Función instructora fuera de sesión	Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta del cliente fuera del contexto clínico. No se han de mencionar las consecuencias explícitamente pero sí han de describirse los pasos de la actuación que se trata de favorecer. (Categoría estado)
Chatting	Verbalizaciones de terapeuta que forman parte de bloques de charla intrascendente de terapia. (Categoría estado)
Otras	Cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores. (Categoría evento)

[a] Por cuestiones de espacio sólo se incluyen las definiciones de las categorías supraordenadas. Pueden consultarse los criterios de categorización de los modificadores en el anexo II.

Las grabaciones, una vez trasformadas al formato oportuno, eran registradas por el observador 1 mediante el programa: *The Observer XT 6.0*. 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 dicho observador en dos momentos distintos, así como el grado de acuerdo encontrado entre los registros de éste y el observador 2. La frecuencia de estas evaluaciones se determinó en función del ritmo de trabajo (tras 10 sesiones registradas) y las sesiones cuyos registros iban a ser comparados fueron elegidas al azar entre toda la muestra. De las sesiones seleccionadas se comparó la mitad del registro, tomando como criterio para la decisión comparar 5 minutos de registro y dejar otros 5 sin comparar y así sucesivamente hasta el final de la sesión. Se estableció como criterio para mantener los registros realizados que el valor de kappa se situara por encima de 0,60 ya que, cómo veíamos anteriormente, es el nivel mínimo considerado por algunos autores para hablar de un coeficiente de acuerdo "bueno", 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) que según Gardner (1995) no debería bajar de un 80%.

La tabla IV.4 recoge los índices de acuerdo calculados por *The Observer XT 7.0*, 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 66% y el 92%. Los coeficientes kappa calculados, considerando una ventana de tolerancia de 2 segundos, 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 96,5%.

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

Subsistema SISC- INTER- CVT							
		Concordancia inter-observadores (Ob. 1 y Ob. 2)			Concordancia intra-observador (Ob. 1)		
	Sesión	**PA**	**K**	**Precisión (%)**	**PA**	**K**	**Precisión (%)**
1	Caso 2, S4	74%	*k* = 0,73, *p* = 0,00	86.25	85%	*k* = 0,84, *p* = 0,00	93.5
2	Caso 4, S9	72%	*k* = 0,64, *p* = 0,00	82.5	90%	*k* = 0,89, *p* = 0,00	95
3	Caso 6, S3	80%	*k* = 0,74, *p* = 0,00	86.5	79%	*k* = 0,74, *p* = 0,00	86.5
4	Caso 7, S2	73%	*k* = 0,67, *p* = 0,00	84.5	82%	*k* = 0,79, *p* = 0,00	90
5	Caso 9, S4	71%	*k* = 0,68, *p* = 0,00	85	81%	*k* = 0,78, *p* = 0,00	89.5
6	Caso 13, S5	74%	*k* = 0,72, *p* = 0,00	86	84%	*k* = 0,82, *p* = 0,00	91
7	Caso 14, S6	77%	*k* = 0,73, *p* = 0,00	86.25	73%	*k* = 0,67, *p* = 0,00	84.5
8	Caso 2, S2	79%	*k* = 0,75, *p* = 0,00	87.5	89%	*k* = 0,84, *p* = 0,00	93.5
9	Caso 12, S7	66%	*k* = 0,63, *p* = 0,00	82	83%	*k* = 0,81, *p* = 0,00	90.5
10	Caso 18, S4	92%	*k* = 0,91, *p* = 0,00	96.5	84%	*k* = 0,83, *p* = 0,00	92

S= sesión; Ob.= observador

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 hipótesis planteada en nuestro estudio. El contraste a un nivel de significación estadística de dicha hipótesis fue llevado a cabo mediante la realización de un posterior análisis discriminante a partir del cual se identificó lo siguiente: (a) las dimensiones en las que se diferenciaban los grupos creados por el análisis de conglomerados, (b) cuáles de esas diferencias resultaban estadísticamente significativas y (c) la validez del modelo discriminante generado para clasificar los registros de nuestro estudio en los grupos identificados por el análisis de conglomerados.

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 IV.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 los modificadores de las mismas, encontramos que la *Función discriminativa sin indicar la dirección de la respuesta* y la *Función discriminativa conversacional* son las que presentan porcentajes más altos de aparición, superando la primera a la segunda en todas las fases excepto en la fase de explicación del análisis funcional donde esa diferencia se invierte. La *Función discriminativa indicando la dirección de la respuesta* aparece con sus valores más altos en la fase de evaluación y se estabiliza en las fases posteriores mientras que la

Función discriminativo fallido es la que presenta unos porcentajes más bajos y regulares a lo largo de la terapia. Por otro lado, respecto a los modificadores de la *Función de refuerzo* encontramos los valores más altos en la *Función de refuerzo conversacional*, con porcentajes más destacados al inicio y al final de la terapia; la *Función de refuerzo bajo* presenta porcentajes medios que no varían a lo largo de las fases mientras que las *Funciones de refuerzo medio* y *alto* muestran los valores más elevados en los tres momentos del tratamiento. En cuanto a las categorías evento supraordenadas 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, en el caso de la primera, al 0% en alguna de las fases. La *Función de castigo*, por su parte, adquiere sus valores máximos en las fases de explicación del análisis funcional y fin del tratamiento mostrando una presencia menor en las sesiones de evaluación. Respecto a sus modificadores encontramos que las *Funciones de castigo medio y bajo* siguen evoluciones muy similares con porcentajes más elevados en la explicación del análisis funcional y en la fase final de tratamiento en el caso del modificador *medio.* En relación a la *Función de castigo alto* encontramos valores muy cercanos a 0, incluso 0 en la fase de evaluación y un ligero despunte en los porcentajes reflejados en la fase final del tratamiento. Por último, la categoría *Otras* aparece de formar irregular a lo largo de las fases, presentando los porcentajes más altos en la fase de explicación del análisis funcional y 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 motivadora* y al dedicado a las *Funciones instructoras dentro o fuera de sesión.* 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 52% del tiempo de sesión. El peso de esta categoría, sin embargo, se reduce visiblemente en la fase de evaluación donde sólo aparece en un 26% de los tiempos de registro. Por su parte, los valores medios de las variables *Función instructora*

dentro de sesión y *Función instructora fuera de sesión* presentan una evolución similar a lo largo de las fases, con porcentajes más bajos en las sesiones de evaluación y explicación del análisis funcional y con valores más altos en los tres momentos del tratamiento. Los valores de la *Función motivadora* presentan un pico en la etapa de inicio del tratamiento mientras que aparecen con sus porcentajes más bajos en las sesiones de evaluación. Por último, los bloques de *Chatting* presentan valores irregulares que van en aumento a lo largo de las fases de la terapia.

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. Para la realización de dicha agrupación se tomó la decisión de incluir todas las variables de estudio referidas a las categorías estado y las categorías evento con sus modificadores en el caso de que los presentaran, excepto para la *Función de castigo* teniendo en cuenta los bajos porcentajes que mostraba. En este caso consideramos que la inclusión de los modificadores de esta variable podía suponer una pérdida de información más que una ganancia en el análisis más detallado de lo que sucede en sesión, ya que el peso clínico que desde nuestro punto de vista presenta dicha variable, podía verse enmascarado con la división de sus datos entre los diferentes modificadores. En cuanto a los grupos, el primero incluyó 17 registros (18,5%), el segundo 25 (21,7%), el tercero 30 (32,6%), y el cuarto las 20 sesiones restantes (27,2%) 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 IV.6. El gráfico IV.1 recoge los tipos de registros incluidos en cada conglomerado según la fase terapéutica.

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

	Evaluación (n=19)		Explicación AF (n=19)		Tratamiento(I) (n=19)		Tratamiento(II) (n=19)		Tratamiento(III) (n=16)		**Total** (n=92)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Función discriminativa [a]	**62,57**	**9,89**	**64,01**	**8,37**	**63,86**	**11,15**	**58,98**	**14,62**	**50,06**	**14,29**	**60,22**	**12,62**
Función discriminativa sin indicar [a]	47,46	11,26	25,74	10,59	34,86	12,99	35,26	14,87	28,60	10,44	34,57	14,13
Función discriminativa indicando [a]	6,15	3,17	2,66	2,01	3,67	1,99	3,13	2,07	3,68	2,42	3,86	2,63
Función discriminativo conversacional [a]	8,50	4,04	35,09	11,04	24,55	11,38	20,00	7,27	16,86	12,71	21,13	13,04
Función discriminativo fallido [a]	0,38	0,42	0,34	0,55	0,69	0,62	0,41	0,51	0,85	1,09	0,53	0,68
Función de refuerzo [a]	**32,76**	**10,61**	**26,95**	**6,73**	**29,09**	**11,07**	**33,29**	**12,93**	**40,89**	**16,54**	**32,32**	**12,45**
Función de refuerzo bajo [a]	5,92	3,03	4,17	2,58	5,26	2,78	3,65	3,04	4.07	3,82	4,63	3,10
Función de refuerzo medio [a]	3,32	1,65	5,39	2,17	6,13	3,00	7,42	4,87	7,11	4,55	5,83	3,68
Función de refuerzo alto [a]	1,70	1,97	1,98	1,33	2,49	1,88	3,43	2,55	2,56	1,30	2,43	1,94
Función de refuerzo conversacional [a]	21,79	10,07	15,33	6,38	17,50	9,22	21,48	11,96	27,08	14,78	20,43	11,18
Función evocadora [a]	**0,02**	**0,07**	**0,02**	**0,08**	**0,05**	**0,15**	**0,39**	**0,17**	**0,00**	**0,00**	**0,03**	**0,11**
Función de castigo [a]	**1,13**	**1,08**	**2,65**	**1,94**	**2,39**	**1,82**	**2,26**	**1,95**	**2,72**	**2,07**	**2,21**	**1,85**
Función de castigo bajo [a]	0,59	0,65	1,26	1,11	1,00	0,91	0,98	1,02	0,92	1,14	0,95	0,98
Función de castigo medio [a]	0,53	0,62	1,36	1,50	1,26	1,02	1,17	1,13	1,38	1,11	1,13	1,13
Función de castigo alto [a]	0,00	0,00	0,04	0,16	0,13	0,29	0,11	0,24	0,41	0,75	0,13	0,38
Función informativa [b]	**16,10**	**6,36**	**52,24**	**17,04**	**31,92**	**13,70**	**34,23**	**14,98**	**29,30**	**15,71**	**32,87**	**18,01**
Función motivadora [b]	**0,85**	**0,61**	**2,92**	**2,60**	**4,57**	**3,32**	**3,67**	**1,78**	**3,33**	**2,83**	**3,06**	**2,67**
Función instructora fuera de sesión [b]	**1,75**	**2,13**	**3,29**	**2,84**	**6,29**	**2,46**	**5,84**	**3,59**	**5,00**	**4,86**	**4,42**	**3,62**
Función instructora dentro de sesión [b]	**0,08**	**0,19**	**0,35**	**0,76**	**1,04**	**2,67**	**0,81**	**2,10**	**0,72**	**2,43**	**0,59**	**1,87**
Chatting [b]	**0,63**	**1,53**	**0,29**	**1,13**	**1,33**	**3,77**	**1,64**	**3,27**	**4,71**	**4,93**	**1,62**	**3,45**
Otras [a]	**3,52**	**2,24**	**6,38**	**3,19**	**4,60**	**2,12**	**5,43**	**3,24**	**6,33**	**3,56**	**5,21**	**3,04**

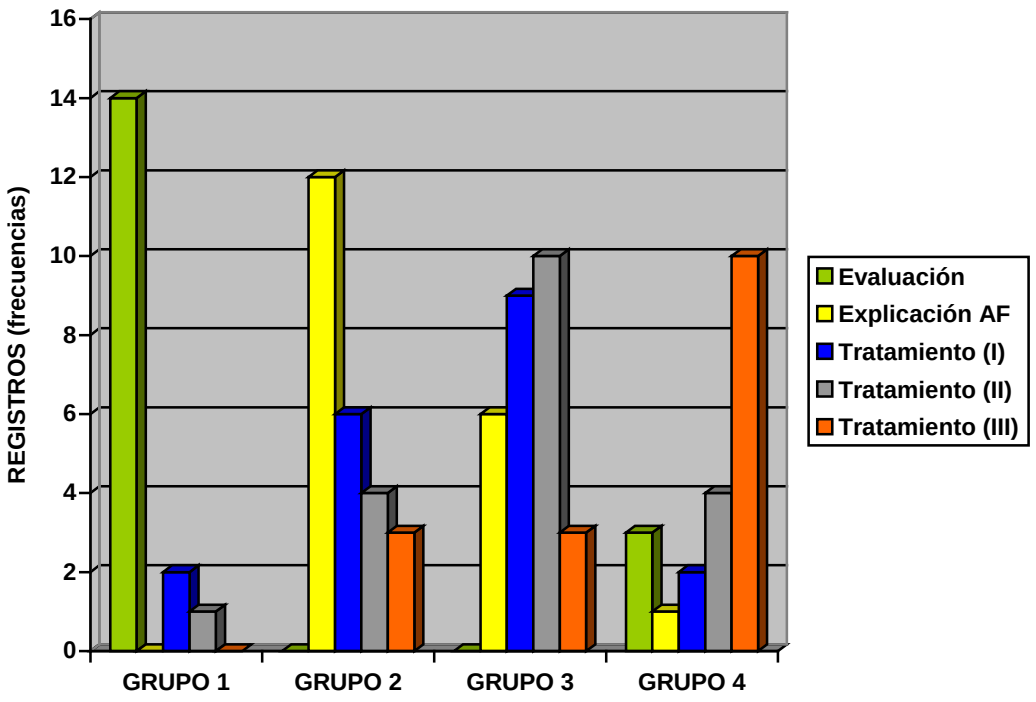
[a] Variable medida en porcentaje de ocurrencia de la categoría correspondiente sobre el total de categorías-evento del terapeuta registradas durante la sesión.
[b] Variable medida en porcentaje de tiempo de sesión en el que se registró la aparición de la categoría-estado correspondiente.
Las categorías en negrita son las categorías supraordenadas, las otras son sus modificadores.

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

	Grupo 1 (n=17)		Grupo 2 (n=25)		Grupo 3 (n=30)		Grupo 4 (n=20)	
Función	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Discriminativa Sin indicar[a]	51,69	7,21	20,48	6,02	42,03	7,75	26,38	9,60
Discriminativa indicando[a]	5,79	3,53	2,91	2,37	3,92	1,95	3,33	2,20
Discriminativa conversacional[a]	7,14	2,60	38,45	7,13	20,17	6,60	12,82	5,79
Discriminativa fallida[a]	0,57	0,54	0,34	0,48	0,54	0,71	0,69	0,90
Refuerzo bajo[a]	6,71	3,17	3,64	3,10	5,41	2,81	2,94	2,09
Refuerzo medio[a]	3,56	1,99	4,96	2,28	6,64	4,18	7,65	4,26
Refuerzo alto[a]	1,42	1,21	3,08	2,32	2,72	2,04	2,05	1,35
Refuerzo conversacional[a]	17,58	6,31	17,11	7,68	14,30	5,62	36,19	9,96
Evocadora[a]	0,02	0,78	0,06	0,18	0,02	0,10	0,00	0,00
Castigo[a]	1,44	1,26	2,52	1,49	2,38	2,43	2,24	1,59
Informativa[b]	14,68	5,21	50,63	17,20	36,84	11,65	20,17	7,68
Motivadora[b]	1,38	1,55	3,60	2,78	3,43	2,49	3,25	3,10
Instructora dentro de sesión[b]	0,16	0,43	0,72	2,35	1,07	2,40	0,10	0,20
Instructora fuera de sesión[b]	2,63	3,07	4,84	4,32	5,59	3,24	3,64	3,04
Chatting[b]	0,55	1,41	0,99	2,81	0,84	1,54	4,48	5,54
Otras[a]	4,01	2,29	6,14	3,71	4,99	2,55	5,43	3,15

[a] Variable medida en porcentaje de ocurrencia de la categoría correspondiente sobre el total de categorías-evento del terapeuta 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 IV.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 prácticamente la totalidad de las sesiones de evaluación de nuestra muestra. Atendiendo a la tabla IV.6, podemos decir que este *grupo de evaluación* parece caracterizarse, fundamentalmente, por presentar los niveles más altos de las variables *Función discriminativa sin indicar la dirección de la respuesta, Función discriminativa indicando la dirección de la respuesta* y *Función de refuerzo bajo*. 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 destaca por el porcentaje tan elevado de tiempo dedicado a la *Función informativa,* además de una alta presencia de la *Función discriminativa conversacional* y de los porcentajes más altos en las *Funciones, motivadora* y *de refuerzo alto*. El tercero de los grupos identificados que pasamos a designar con la etiqueta de ***tratamiento,*** presenta los porcentajes más altos en las variables *Función instructora dentro de sesión* y *Función instructora fuera de sesión* y aglutina el mayor número de sesiones pertenecientes a las fases inicial y media del tratamiento. Por último, el grupo 4, desde ahora de ***consolidación***,

presentó un predominio de aquellos registros procedentes de la última fase de tratamiento y combinaba los mayores porcentajes de eventos categorizados como *Función de refuerzo medio, Función de refuerzo conversacional y Chatting.*

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 la hipótesis 1 formulada al inicio del presente capítulo. Parece que, a pesar de 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 sin indicar*, *Función discriminativa indicando y Función de refuerzo bajo*, mientras que el test de Levene señaló que el supuesto de homocedasticidad no podía asumirse para las variables *Función de refuerzo medio, Función de refuerzo conversacional, Función discriminativa conversacional, Función discriminativa fallida, Función motivadora, Función informativa* y *Chatting.* El estudio de las correlaciones bivariadas, sin embargo, encontró niveles de relación lineal bajos y no significativos entre muchas de las variables 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. Los autovalores de las tres funciones discriminantes obtenidas se mostraron desiguales (8,000; 2,220 y 0,365), explicando la primera función el 75,6% de la variabilidad de los datos, la segunda el 21% y la tercera el 3,4%. En cuanto a las correlaciones canónicas, éstas tomaron los valores de 0,943; 0,830 y 0,517, 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 ($\lambda = 0{,}025$; $\chi^2_{(21)} = 297{,}916$; $p<0{,}05$), las dos últimas funciones de forma conjunta ($\lambda = 0{,}227$; $\chi^2_{(12)} = 119{,}936$; $p<0{,}05$), o la tercera de ellas por separado ($\lambda = 0{,}733$; $\chi^2_{(5)} = 25{,}306$; $p<0{,}05$).

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

Tabla IV.7. Matriz de estructura.

	Función 1	Función 2	Función 3
Discriminativa conversacional	0,69*	-0,38	-0,08
Informativa	0,40*	0,10	0,35
Discriminativa sin indicar	-0,38	0,76*	0,16
Refuerzo conversacional	-0,16	-0,72*	-0,08
Chatting	-0,05	-0,31*	0,12
Refuerzo bajo	-0,08	0,30*	-0,08
Otras	0,07	-0,09*	0,04
Refuerzo medio	-0,16	-0,17	0,57*
Instructora fuera de sesión	0,07	0,05	0,40*
Motivadora	0,08	-0,08	0,33*
Instructora dentro de sesión	0,04	0,08	0,23*
Discriminativa indicando	-0,11	0,16	-0,23*
Refuerzo alto	0,11	0,003	0,22*
Castigo	0,06	-0,04	0,20*
Evocadora	0,06	0,03	-0,14*
Discriminativa fallida	-0,06	-0,04	0,09*

*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 moderada y positiva con las variables *Función informativa* y *Función discriminativa conversacional.* Por su parte, la segunda función discriminante se caracterizaría, fundamentalmente, por presentar una relación lineal alta y negativa con la variable *Función de refuerzo conversacional* y elevada y positiva con la variable *Función discriminativa sin indicar.* Además, muestra una correlación moderada y positiva con la *Función de refuerzo bajo* y moderada y negativa con la variable *Chatting.* Aunque esta segunda función fue la que presentó una mayor correlación con la variable *Otras*, el valor de la misma fue muy próximo a 0. Por otro lado, la tercera función discriminante fue la que mostró un mayor grado de asociación con las variables *Función de refuerzo medio, Función motivadora, Función instructora fuera de sesión, Función de refuerzo alto, Función de castigo, Función instructora dentro de sesión, Función evocadora, Función discriminativa indicando y Función discriminativa fallida,* presentando una correlación positiva que resultó moderada con las tres primeras variables, débil con las tres siguientes y débil y negativa en el caso de la *Función evocadora* y la *Función discriminativo indicando*. Por último, la *Función discriminativa fallida* presentó una correlación muy cercana a 0.

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 ***Explicar-Comprobar*** (función discriminante 1), ***Evaluar*** (función discriminante 2) e ***Instruir-Retroalimentar*** (función discriminante 3). Debido a que la prueba de Levene indicó que no se podían asumir varianzas iguales para la variable *Instruir-Retroalimentar*, el contraste de medias se realizó para este factor atendiendo al estadístico de Welch (ver tabla IV.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 IV.9).

Tabla VII.8. ANOVAs univariados sobre las funciones discriminantes

	Explicar-Comprobar	Evaluar	Instruir - Retroalimentar
F	231,988	62,040	11,728
P	0,000	0,000	0,000

Tabla VII.9. Comparaciones entre grupos por pares.

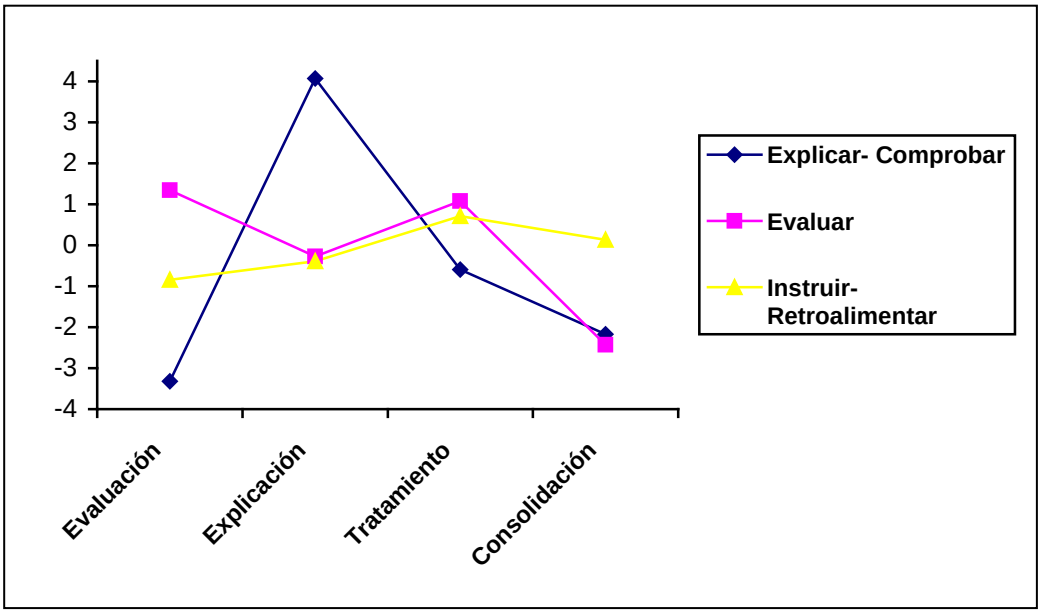
			Explicar-Comprobar	Evaluar	Instruir – Retroalimentar
Evaluación	Explicación	Dif. de medias	-7,39*	1,62*	-0,45
		Error típico	0,31	0,31	0,28
	Tratamiento	Dif. de medias	-3,26*	0,26	-1,56*
		Error típico	0,30	0,30	0,27
	Consolidación	Dif. de medias	-1,15*	3,78*	-0,98*
		Error típico	0,33	0,33	0,28
Explicación	Tratamiento	Dif. de medias	4,13*	-1,36*	-1,11*
		Error típico	0,27	0,27	0,29
	Consolidación	Dif. de medias	6,24*	2,16*	-0,53
		Error típico	0,30	0,30	0,30
Tratamiento	Consolidación	Dif. de medias	2,11*	3,52*	0,57
		Error típico	0,29	0,29	0,29

* $p<0,05$

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 *Explicar-Comprobar* permite distinguir entre todos los grupos comparados. Por su parte, las medias de los cuatro grupos en la variable *Evaluar* difieren de modo estadísticamente significativo excepto entre los grupos de evaluación y tratamiento. Por último, la variable *Instruir-Retroalimentar* presenta diferencias estadísticamente significativas para tres de las comparaciones entre grupos quedando fuera los pares grupo de evaluación-grupo de explicación, grupo de explicación-grupo de consolidación y grupo de tratamiento- grupo final de consolidación. El gráfico IV.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



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 las variables *Función informativa y Función discriminativa conversacional* con las más elevadas en *Función discriminativa sin indicar y Función de refuerzo bajo*. Presenta también puntuaciones bajas en la *Función de refuerzo conversacional*, *Función de refuerzo medio y Chatting*, puntuaciones moderadas en las *Funciones evocadora* y *discriminativa indicando*. El ***grupo de***

explicación, en cambio, incluiría los registros donde la *Función informativa y la Función discriminativa conversacional* tuvieran más peso y donde aparecerían porcentajes bajos de las *Funciones discriminativa sin indicar* y *refuerzo bajo.* Presentaría también puntuaciones moderadas en la variable *Función de refuerzo conversacional* y puntuaciones bajas en la *Función de refuerzo medio, Función motivadora y Función instructora fuera de sesión.* En cuanto al grupo denominado ***de tratamiento***, según el análisis realizado se distinguiría por estar formado por sesiones donde se registraron niveles bajos en la *Función de Refuerzo conversacional y Chatting*, elevados en las variables *Función discriminativa sin indicar, Función de refuerzo medio, Función de refuerzo bajo* y *Función instructora fuera de sesión* y moderados en la *Función motivadora* y *Función instructora dentro de sesión.* Por último, el ***grupo de consolidación*** lo conformarían los registros con un bajo porcentaje de tiempo de sesión dedicado a la *Función informativa*, con puntuaciones bajas en la *Función discriminativo conversacional, Función discriminativo sin indicar* y *Función de refuerzo bajo* y las puntuaciones más altas en la *Función de refuerzo conversacional* y *Chatting*.

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 96,7% (ver tabla IV.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 91,3% (ver tabla IV.11).

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

	Grupo pronosticado				
Grupo origen	Evaluación	Explicación	Tratamiento	Consolidación	Total
Evaluación	17(100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	17 (100%)
Explicación	0 (0%)	25(100%)	0 (0%)	0 (0%)	25 (100%)
Tratamiento	1 (3,3%)	2 (6,7%)	27 (90%)	0 (0%)	30 (100%)
Consolidación	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	20 (100%)	20 (100%)

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

	Grupo pronosticado				
Grupo origen	Evaluación	Explicación	Tratamiento	Consolidación	Total
Evaluación	17 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	17 (100%)
Explicación	0 (0%)	24(96%)	1 (4%)	0 (0%)	30 (100%)
Tratamiento	2 (6,7%)	3 (10%)	25 (83,3%)	0 (0%)	20 (100%)
Consolidación	1 (5%)	0 (0%)	1 (5%)	18 (90%)	25 (100%)

En definitiva, parece clara la validez del modelo discriminante generado para clasificar los datos de nuestro trabajo en los grupos generados por el análisis de conglomerados. De esta manera, los resultados aquí presentados parecen confirmar las dos hipótesis planteadas al inicio del capítulo, replican parte de las conclusiones obtenidas en trabajos previos y apuntan nuevas formulaciones que guiarán los estudios empíricos posteriores.

4. DISCUSIÓN

Una de las primeras conclusiones que nos ha permitido extraer este estudio tiene que ver directamente con la utilidad de la metodología propuesta. Tal y cómo hemos ido apuntando en diferentes apartados de la presente tesis doctoral, la investigación en psicoterapia está presenciando el aumento de nuevas aproximaciones al estudio de los mecanismos de cambio en sesión y la mejora en el análisis del proceso terapéutico. Esto es lo que pretendemos realizar con la metodología desarrollada y en este capítulo hemos podido confirmar, por ejemplo, el avance realizado respecto a estudios anteriores del grupo de investigación, del instrumento utilizado para la categorización de la conducta verbal del terapeuta, el SISC-CVT. Por un lado, con la inclusión de modificadores y nuevas categorías hemos podido analizar de manera más detallada el comportamiento del psicólogo a lo largo del proceso terapéutico. Sobre todo queremos resaltar los modificadores incluidos en la categorización de la *Función discriminativa* y la *Función de refuerzo:* los datos parecen reflejar que la presentación de estímulos por parte del terapeuta puede tener diversos objetivos que se manifiestan en la separación de dichas subcategorías en las distintas funciones presentadas en el análisis discriminante; por otro lado, los diferentes modificadores de la *Función de refuerzo* y su distribución a lo largo de las sesiones pueden estar señalando la utilización de diferentes niveles de aprobación en función de los objetivos que se vayan alcanzando a lo largo de la terapia, lo que por supuesto debe ser comprobado en análisis posteriores en los que incluyamos el comportamiento del cliente. Además, el trabajo desarrollado sobre los acuerdos de categorización del SISC- CVT y la depuración llevada a cabo, ha supuesto la mejora cuantitativa en los índices de acuerdo utilizados para el análisis de la concordancia intra e interobservadores. Concretamente, respecto a estudios previos (Montaño, 2008) se ha mejorado ligeramente en los datos obtenidos en las comparaciones entre observadores y se han superado sensiblemente los mismos índices aplicados en las comparaciones de los registros realizados por el observador 1 en dos momentos diferentes, obteniendo en el 80% de los mismos, Kappas valoradas

como excelentes. Estos datos, además, nos han permitido ratificar que se pueden alcanzar altos grados de precisión en la aplicación del sistema de categorización utilizado incluso cuando un juez no ha participado en la mayor parte del proceso de desarrollo y depuración del sistema, como es el caso del observador 2 de este estudio.

Otro de los avales estadísticos que encontramos en el presente trabajo y que apoya la metodología utilizada está relacionado con el elevado porcentaje de éxito obtenido en las pruebas de validación del modelo discriminante presentado. Aunque en este sentido, sabemos que hay que tomar estos resultados con más cautela teniendo en cuenta las características psicométricas de las variables estudiadas y los problemas encontrados en algunas para asumir parte de los supuestos matemáticos en los que se basan ciertas estrategias de análisis estadístico. Pero en relación a estas dificultades, 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; desde nuestro punto de vista la estadística debe ser tomada como una herramienta al servicio de la investigación y no el elemento que la determina, por lo que resaltamos las conclusiones que se pueden derivar de este trabajo por su significación psicológica.

En primer lugar, en relación a las hipótesis planteadas en la introducción, encontramos, replicando los resultados previos obtenidos, que la conducta verbal del psicólogo va cambiando a lo largo de las sesiones y que esas variaciones, lejos de explicarse por el terapeuta, el cliente o el caso estudiado, se relacionan con la actividad desempeñada por el psicólogo y los diferentes objetivos que se proponga con la misma. Los resultados alcanzados muestran como, independientemente de la fase terapéutica en la que nos encontremos, hay diversas pautas de actuación que el terapeuta ejecuta y que tal y cómo hipotetizamos, pueden tener un carácter funcional. Si atendemos a los grupos generados en el análisis de conglomerados podemos observar dichos patrones; en los grupos denominados *de explicación* y *de tratamiento* encontramos que, a pesar de que el primero aglutina la mayoría de las sesiones de explicación del análisis

funcional y el segundo la mayoría de inicio y mitad de tratamiento, en los dos se combinan sesiones de dichas fases terapéuticas. Dichas sesiones de inicio y mitad de tratamiento que se agrupan en el *grupo de explicación* se caracterizan 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. Por otro lado, respecto a los registros de explicación del análisis funcional clasificados en el *grupo de tratamiento,* encontramos sesiones donde se combina este objetivo con el inicio del entrenamiento de técnicas en sesión y/o con las primeras pautas de actuación dadas por el terapeuta para la consecución de los objetivos del tratamiento acordados en dichas sesiones. Por su parte, en el *grupo de consolidación* se combinan la mayoría de los registros del final del tratamiento con alguno de los registros de la fase de evaluación y de mitad del tratamiento, en ambos casos son registros de casos más rápidos y/o con mejores resultados, en los que el terapeuta ha mostrado destacadamente su aprobación ante la información expuesta por parte del cliente en la evaluación o ante los cambios llevados a cabo a lo largo de las sesiones. Finalmente, el *grupo de evaluación* es el que presenta la clasificación más ceñida al modelo previo de las fases terapéuticas, agrupando casi la totalidad de las sesiones de evaluación. Esto puede explicarse teniendo en cuenta que son el tipo de sesiones más prototípicas que encontramos en la terapia y en las que la participación del cliente es mucho más elevada, por lo que el quehacer del terapeuta presenta menos variaciones.

Parece, por tanto, que si nos fijamos en el comportamiento verbal emitido por los terapeutas tiene sentido continuar considerando las *actividades clínicamente relevantes* expuestas en trabajos anteriores: *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. En ese sentido, la información obtenida en el

análisis discriminante nos permite conocer cuáles son esos potenciales objetivos. La dimensión denominada ***Explicar-Comprobar*** se relaciona con el tiempo de sesión dedicado a la *Función informativa* y a las preguntas de comprobación (*Función discriminativa conversacional*) realizadas por el terapeuta con el objetivo de asegurarse de la comprensión y la aprobación por parte del cliente de la información expuesta. Este patrón de actuación del psicólogo es el que mayores diferencias refleja entre los diferentes grupos clasificados, emergiendo sobre todo en momentos de *explicación* y en algunos de *tratamiento* y desapareciendo prácticamente por completo en períodos de *evaluación* y *consolidación*. La dimensión que convenimos en llamar ***Evaluar*** se refiere a fragmentos de la terapia en los que el psicólogo pretende obtener información del cliente, ya sea en sesiones de evaluación para indagar en la problemática del cliente o en sesiones de tratamiento para sondear las tareas llevadas a cabo durante la semana y los avances o problemas asociados. De esta manera, esta dimensión aparece sobre todo en periodos de *evaluación* y de *tratamiento* y se relaciona estrechamente con momentos de *consolidación* por sus altas puntuaciones negativas en la *Función de refuerzo conversacional* y los bloques de *Chatting*. Por último, la dimensión ***Instruir-Retroalimentar*** es la que se mantiene más constante a lo largo de las sesiones lo que esta asociado, como mínimo, a dos razones diferentes: en primer lugar parece claro que el pautar tareas para realizar fuera de la clínica es un propósito de todas las fases de la terapia, bien con la finalidad de recoger información en el inicio o bien posteriormente con la de llevar a cabo las tareas relacionadas con la consecución de los objetivos terapéuticos; de la misma forma, el quehacer del psicólogo relacionado con motivar el cambio o reforzar las aproximaciones sucesivas a las conductas meta es constante, independientemente del fragmento registrado. La importancia que cobra esta dimensión en relación a los momentos de *tratamiento* parece estar relacionada con el entrenamiento de técnicas dentro de sesión o con la aplicación de reestructuración cognitiva dentro de la misma.

Como indicábamos anteriormente, parte de lo expuesto hasta el momento replica los resultados alcanzados en estudios previos, pero en relación a esta

segunda hipótesis hay una gran diferencia entre los datos actuales y los hallados en trabajos precedentes: la escasa relevancia que tiene la *Función de castigo* a la hora de discriminar entre las actividades propuestas. En este sentido, consideramos que la baja proporción de esta variable encontrada en los registros y su escaso peso en la diferenciación entre los grupos, se relaciona con que el mostrar desacuerdo ante las respuestas del cliente no enseña de la misma manera que lo pueden hacer las *Funciones de refuerzo* y las aproximaciones sucesivas a la conducta meta, por lo que no se configura como una de las funciones principales del terapeuta. Recordemos que el contexto terapéutico es un entorno más de la vida del cliente y como tal, tiene más sentido ejecutar en el mismo las contingencias habituales con las que el cliente se va a encontrar en su día a día, con el objetivo último de generalizar las respuestas deseadas mediante el reforzamiento natural que el cliente encontrará también fuera de la clínica una vez finalizado el tratamiento. Probablemente por ello los picos encontrados en la *Función de castigo* se localicen en las fases de explicación del análisis funcional y de consolidación, ya que en las dos las conductas desaprobatorias por parte del terapeuta están relacionadas con respuestas del cliente estrechamente asociadas a lo que está ocurriendo en ese momento de la terapia. En el primer caso, con las respuestas del cliente que muestren rechazo o desacuerdo ante las posibles causas de su problema o ante los objetivos de tratamiento que tendrá que llevar a cabo; y en las sesiones de consolidación por las posibles reacciones de dependencia a la terapia que verbalice el cliente ante la afirmación de que el tratamiento está finalizando.

Independientemente de este tipo de estudio pormenorizado de alguna de las variables, parece, en definitiva, que el trabajo que se acaba de presentar nos acerca al desarrollo de esa “radiografía” completa del proceso terapéutico que pretendemos alcanzar al desarrollar nuestra línea de investigación y que ya hemos iniciado en anteriores trabajos (Froján et al., en prensa; Montaño, 2008). En este primer esbozo nos encontramos con momentos en los que el terapeuta *evalúa* la problemática del cliente principalmente; periodos en los que le *explica* el análisis funcional del mismo, los objetivos terapéuticos y/o las técnicas a llevar a cabo;

fragmentos en los que *trata*, bien en sesión entrenando diferentes técnicas, debatiendo ideas desadaptativas y/o mostrando su aprobación ante los avances alcanzados, o bien explicando y planificando las diversas tareas a llevar a cabo fuera de la clínica; y por último, tiempos de sesión en los que *consolida* los cambios y en cierto modo "deja de actuar" permitiendo un ambiente más distendido que se manifiesta en los bloques de charla extraterapéutica. Las líneas de trabajo que se abren con el estudio aquí presentado son muchas y muy interesantes pero sin ninguna duda, si queremos ir completando la mencionada "radiografía" del proceso terapéutico, hemos de incorporar el estudio del cliente, tal y como realizamos en el siguiente estudio empírico.

CAPÍTULO V

ESTUDIO EMPÍRICO 2: Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico

1. INTRODUCCIÓN

Una vez definidas las *actividades clínicamente relevantes* que desempeña el terapeuta en sesión nos disponemos a analizar la conducta del cliente potencialmente relacionadas con dichas actividades. Esto nos permitirá, por un lado, ampliar nuestro conocimiento sobre el otro protagonista de la terapia y por el otro, obtener la información necesaria para estudiar la interacción entre terapeuta y cliente. El estudio que vamos a exponer define el comportamiento verbal del cliente como parte intermedia en la cadena de tres términos antecedente- respuesta- consecuente; en esté sentido, queremos aclarar que el análisis podría ser concebido de otra manera: cualquier comportamiento del terapeuta en sesión influye en las respuestas de su cliente, pero, a la inversa, todo lo que hace este último repercute directamente en el quehacer del psicólogo. Por ello, hay que tomar una decisión a la hora de "paralizar" la secuencia en algún momento de esa continua interrelación; cómo indicábamos en el capítulo anterior, el terapeuta de conducta es directivo y queremos poner a prueba la funcionalidad de sus conductas, por lo que abrimos el paréntesis de análisis de la interacción terapéutica en dichos comportamientos y estudiamos la conducta del cliente como respuesta a los mismos. La manera de abordar el estudio que se deriva de esta formar de concebir la conducta verbal del cliente supone el estudio puramente morfológico de las funciones de respuesta de éste.

La aproximación al estudio de las verbalizaciones del cliente se ha realizado a través del desarrollo de un nuevo instrumento generado por el grupo de investigación, el *Subsistema de categorización de la conducta verbal del cliente*

(SISC- CVC) formado por 14 categorías supraordenadas que han sido estructuradas de la siguiente manera para este trabajo:

- Verbalizaciones *pro-terapéuticas*: verbalizaciones relacionadas positivamente con el cambio clínico (*Bienestar, Logro, Seguimiento de instrucciones dentro de sesión* y *Seguimiento de instrucciones fuera de sesión*).
- Verbalizaciones a*nti-terapéuticas*: verbalizaciones relacionadas negativamente con el cambio clínico (*Malestar, Fracaso, No seguimiento de instrucciones dentro de sesión* y *No seguimiento de instrucciones fuera de sesión*)
- Verbalizaciones *neutras*: verbalizaciones relacionadas de manera imparcial con el cambio clínico (*Proporcionar información, Solicitar información, Mostrar aceptación, Mostrar desacuerdo* y *Reacción emocional*). En este punto puede resultar llamativa la inclusión de las categorías *Mostrar aceptación* y *Mostar desacuerdo* como verbalizaciones neutras; aunque en apartados posteriores del capítulo detallaremos las características de dichos contenidos y las razones de tomar esta decisión, queremos adelantar que ambas categorías pueden tener contenidos ambiguos en relación al cambio terapéutico: por una parte, el hecho de que a pesar de que el cliente esté de acuerdo con partes de la explicación de su problema y de los objetivos de la terapia, esto no se ve necesariamente asociado a que realice el plan de tratamiento en sí mismo; por otra parte nos podemos encontrar con *Aceptaciones* anti-terapéuticas y viceversa, *Desacuerdos* terapéuticos, con verbalizaciones del cliente en las que acepte su incapacidad para llevar a cabo algún objetivo del tratamiento o en las que muestre su inconformismo ante su problemática.

Las conclusiones derivadas del estudio anterior hacen que nos planteemos la evolución de estos tres grupos de verbalizaciones en función de la *actividad clínicamente relevante* desarrollada por el terapeuta (evaluar, explicar, tratar y

consolidar). Esto supone dar un paso más en nuestra aproximación al estudio del proceso terapéutico, superando la conceptualización inicial de la estructura de la terapia en cinco bloques estrictamente cronológicos, para plantear una distribución de las sesiones basada en el quehacer del clínico y del objetivo que persiga en cada momento; este planteamiento, tal y cómo explicábamos en el estudio uno, ha mostrado su validez estadística y su significación clínica a la hora de entender el proceso terapéutico. La nueva conceptualización, a pesar de no ceñirse estrictamente al desarrollo por fases inicial, sí que presenta cierto orden cronológico en la estructura de las sesiones, encontrando casi todos los registros del inicio de la terapia cuando el terapeuta *evalúa* y el mayor porcentaje de sesiones del final del tratamiento cuando el terapeuta *consolida*. Atendiendo a esto, nos planteamos las siguientes hipótesis:

1) La distribución de las categorías del comportamiento verbal de los clientes se irá modificando en función de las actividades llevadas a cabo por el psicólogo y esas variaciones serán independientes de las características personales del cliente y/o su problemática.

2) Dichas variaciones seguirán el siguiente curso:
   a) El grupo de verbalizaciones *pro-terapéuticas* irá aumentando a lo largo de la intervención clínica, siendo las verbalizaciones relacionadas con el *Seguimiento de instrucciones* el elemento diferenciador en las sesiones donde el terapeuta *trate* y las verbalizaciones relacionadas con el *Logro* y el *Bienestar* las más significativas en los momentos en los que el terapeuta *consolide* los cambios.
   b) El grupo de verbalizaciones *anti-terapéuticas* irá disminuyendo a lo largo de la intervención clínica. Se encontrará la mayor prevalencia de verbalizaciones de *Malestar* y *Fracaso* en momentos en los que el terapeuta *evalúe* e irán desapareciendo éstas y las relacionadas con el *no Seguimiento de instrucciones* cuando el terapeuta *consolide* los objetivos alcanzados.

c) El grupo de verbalizaciones *neutras* también tendrá una presencia diferente en función de la actividad desempeñada por el clínico siendo la categoría *Proporcionar información* la más representativa cuando el terapeuta *evalúe*. Por su lado, *Mostrar aceptación*, *Mostrar desacuerdo* y *Solicitar información* serán las más frecuentes cuando el psicólogo *explique* y la *Reacción emocional* aparecerá principalmente en relación a la *Función evocadora* del terapeuta en momentos en los que el mismo esté *tratando*.

2. MÉTODO

2.1 Participantes

Para el estudio que se presenta a continuación se utilizaron las mismas 92 grabaciones de sesiones clínicas cuyas características están descritas en el capítulo anterior, concretamente en la tabla IV. 1.

2.2 Variables e instrumentos

La Tabla V.1 recoge las variables e instrumentos considerados para la realización del presente estudio.

Tabla V. 1. Variables e instrumentos

Variables de estudio
• Variables referidas a la conducta verbal del cliente (variables cuantitativas) - Proporcionar información - Solicitar información - Mostrar aceptación - Mostrar desacuerdo - Bienestar - Malestar - Logro - Fracaso - Seguimiento de instrucciones dentro de sesión - Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión - Descripción del seguimiento de instrucciones fuera de sesión - No seguimiento de instrucciones dentro de sesión - Anticipación del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión - Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión - Reacción emocional - Otras cliente
Variable de bloqueo
• Grupos obtenidos en el análisis de conglomerados (variable categórica): - Grupo de evaluación - Grupo de explicación - Grupo de tratamiento - Grupo de consolidación
Instrumentos
1. Subsistema de Categorización de la Conducta Verbal del Cliente (SISC-CVC) 2. The Observer XT versiones 6.0 y 7.0 3. SPSS 17.0

Variables referidas a la conducta verbal del cliente

A partir de la aplicación del SISC- CVC (véase el apartado *Procedimiento* para conocer el desarrollo de este instrumento y las definiciones de sus categorías) se crearon las 16 variables cuantitativas analizadas en este estudio. El criterio de medida de las mismas fue su frecuencia de aparición a lo largo de las sesiones, para los análisis posteriores se calculó el porcentaje de ocurrencia de cada categoría sobre el total de categorías del cliente registradas.

Variable de bloqueo: grupos obtenidos en el análisis de conglomerados

Teniendo en cuenta el análisis de conglomerados realizado en el estudio anterior y la validez tanto estadística cómo clínica alcanzada, decidimos estudiar el

desarrollo de las respuestas del cliente en función de los grupos obtenidos en dicho análisis, caracterizados por la *actividad clínicamente relevante* que esté desarrollando el terapeuta. De esta manera, las categorías que constituyeron esta variable fueron las siguientes:

a) *Grupo de evaluación*: sesiones en las que el terapeuta principalmente examina la problemática del cliente sobre todo en los momentos iniciales de la intervención.
b) *Grupo de explicación*: sesiones en las que el clínico explica el análisis funcional y la propuesta de tratamiento y en menor medida, sesiones de tratamiento en las que el terapeuta da explicaciones sobre alguna técnica de intervención psicológica y/o sobre las causas que mantenían nuevos problemas y demandas de los clientes.
c) *Grupo de tratamiento*: sesiones de tratamiento caracterizadas, por un lado, por el entrenamiento y/o aplicación de estrategias dentro de sesión y en las cuales el terapeuta da pautas de actuación para fuera de la clínica; y por otro por la evaluación de los cambios, dificultades y progresos producidos en el entorno del cliente con motivo de la aplicación del programa de intervención diseñado.
d) *Grupo de consolidación*: sesiones de final del tratamiento donde la actividad "funcional" del terapeuta se reduce, de forma que se mantienen parte de las actividades de tratamiento o se presentan bloques de charla "intrascendentes o informales" reforzando el discurso del cliente.

Materiales e instrumentos

El material preciso para la grabación de las sesiones se expuso en el capítulo anterior. En primer lugar se utilizó un circuito cerrado de cámaras que grababa en formato VHS las imágenes que posteriormente eran transformadas a MPEG- 2. *The Observer XT 6.0.* se utilizó para la realización de los registros y su versión *7.0.* para el cálculo de los índices de concordancia inter e intraobservadores. Los análisis

estadísticos realizados para este trabajo también se llevaron a cabo mediante el programa *SPSS 17.0*.

En este caso, el instrumento utilizado para el registro de las verbalizaciones del cliente fue el *Subsistema de Categorización de la Conducta Verbal del Cliente* (SISC-CVC), cuyo desarrollo y depuración se detallan en el siguiente apartado.

2.3 Procedimiento.

Los pasos seguidos para la obtención de la colaboración del *Instituto Terapéutico de Madrid* y del consentimiento de los clientes, así como para la grabación, trasformación y selección de las sesiones fueron los mismos que para el primer estudio empírico.

La codificación y registro de la conducta verbal del cliente también fue llevada a cabo por el observador 1 mediante el SISC- CVC. Este subsistema forma, con el sistema utilizado en el estudio previo, el SISC- INTER- CVT y requirió un proceso de desarrollo y depuración más extenso que el llevado a cabo para el SISC-CVT. En este caso también partíamos de un instrumento previo, generado en anteriores estudios para la codificación de la conducta verbal del cliente durante la aplicación de la técnica de restructuración cognitiva (Calero, 2009). Éste constituyó el primer sistema desarrollado por el grupo de investigación para el estudio del cliente en sesión, por lo que el instrumento utilizado para este trabajo precisó de una amplia modificación para su posible aplicación en cualquier fase de la terapia. En primer lugar, el observador 1, experto en la aplicación del sistema previo, empleó el instrumento original en la observación no sistemática de 4 fragmentos de unos 15 minutos aproximadamente de diferentes fases de la terapia y propuso unas modificaciones iniciales: la inclusión de la variable *Verbalización de reacción emocional* (para la codificación de las emisiones emocionales del cliente evocadas por el terapeuta), la división de las categorías originales *Verbalización de emociones negativas* (en *Malestar* y *Fracaso*) y *Verbalización de emociones positivas* (en *Bienestar* y *Logro*) y la modificación de diferentes criterios de categorización desarrollados en su momento específicamente para la aplicación de la

reestructuración cognitiva. Posteriormente, el observador 1 y un observador que también participó en todas las fases de desarrollo y aplicación del sistema original (a partir de ahora, observador 3) pusieron a prueba el nuevo sistema y los cambios realizados en los criterios de categorización con el registro independiente de otros 4 fragmentos de una duración similar a los anteriores. Este trabajo concluyó con nuevos cambios en los criterios de registro, con la incorporación de la variable *No seguimiento de instrucciones* y con la segmentación de la misma y su paralela, *Seguimiento de instrucciones*, en cuatro categorías con la división de cada una teniendo en cuenta si se relacionaban con el entrenamiento *dentro de sesión* o con las pautas asociadas con el contexto extraterapéutico, *fuera de sesión*. Se incluyeron también dos modificadores, *anticipación y descripción*, para las categorías *Seguimiento* y *No seguimiento de instrucciones fuera de sesión*. Tras este periodo se continuó con el mismo procedimiento de trabajo, los observadores 1 y 3 continuaron con la observación y el registro independiente de fragmentos de terapia y con la posterior comparación y discusión de las semejanzas y diferencias encontradas, consensuando y detallando los criterios de aplicación del sistema. En esta fase se calculó el grado de concordancia entre los dos observadores, mediante el porcentaje de acuerdo y el coeficiente Kappa de Cohen. Se observaron de esta manera otros 22 fragmentos de diversos momentos de evaluación, explicación, tratamiento y consolidación de la terapia, dándose por finalizada la depuración una vez obtenido, en más de cinco comparaciones sucesivas, un valor de Kappa superior a 0, 60 (tal y cómo detallábamos en el capítulo anterior, según Bakeman (2000) y Landis y Koch (1977), este nivel esta asociado un valor bueno de concordancia entre observadores). El sistema generado cuenta con 14 categorías supraordenadas y diversos modificadores para algunas de ellas; en la tabla V.2 se muestran las definiciones de dichas categorías y en el Anexo II del presente trabajo se detallan las definiciones de los diferentes modificadores y la guía de acuerdos generada con criterios y ejemplos que permiten la aplicación del sistema.

Tabla V.2. Definición de las categorías del subsistema SISC-CVC.

Categorías	Definición [a]
Proporcionar información	Verbalización a través de la cual el cliente trata de proporcionar al terapeuta información puramente descriptiva para la evaluación y/o el tratamiento
Solicitar información	Pregunta, comentario y/o petición de información por parte del cliente hacia el terapeuta.
Mostrar aceptación	Verbalización del cliente que muestra acuerdo, aceptación y/o admiración ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta.
Mostrar desacuerdo	Verbalización del cliente que indica desacuerdo, desaprobación y/o rechazo ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta.
Bienestar	Verbalización del cliente que hace referencia al estado de satisfacción o felicidad del mismo o a la anticipación de este bienestar.
Malestar	Verbalización del cliente que hace referencia al padecimiento del mismo debido a sus conductas problema o a la anticipación de este malestar
Logro	Verbalización del cliente que señala la consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la consecución del mismo.
Fracaso	Verbalización del cliente que señala la no consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la no consecución del mismo
Seguimiento de instrucciones dentro de sesión	Verbalización del cliente que implica un seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas inmediatamente antes por el terapeuta dentro de sesión.
Seguimiento de instrucciones fuera de sesión	Verbalización del cliente que implica un seguimiento total o parcial de las instrucciones pautadas por el terapeuta para su realización fuera del contexto clínico. *Modificadores*: Anticipación y Descripción.
No seguimiento de instrucciones dentro de sesión	Verbalización del cliente que hace referencia al no seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas inmediatamente antes por el terapeuta dentro de sesión.
No seguimiento de instrucciones fuera de sesión	Verbalización del cliente que hace referencia al no seguimiento total o parcial de las instrucciones pautadas por el terapeuta para su realización fuera del contexto clínico. *Modificadores*: Anticipación y Descripción.
Verbalización de reacción emocional	Emisión por parte del cliente de una respuesta emocional acompañada de la verbalización que se de en ese momento haga referencia o no a dicha reacción emocional.
Otras	Cualquier verbalización del cliente que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores.

[a] Por cuestiones de espacio sólo se incluyen las definiciones de las categorías supraordenadas. Pueden consultarse los criterios de categorización de los modificadores en el anexo II.

Para garantizar un adecuado grado de acuerdo intra e interobservadores se calculó de formar periódica el porcentaje de acuerdo, el coeficiente Kappa de Cohen y la precisión teórica de los observadores siguiendo el mismo procedimiento que se explicó en el estudio 1. En la tabla V. 3 se recogen dichos valores, como se puede apreciar los valores de la Kappa fueron siempre superiores o iguales a 0,60 oscilando desde ese valor a 0,90 (72%- 91% de porcentaje de acuerdos) y el porcentaje de precisión teórica de los observadores superó en todas las comparaciones el 80% llegando a niveles de 93% teniendo en cuenta las características del instrumento de registro.

Tabla V.3. Índices de concordancia entre e intraobservadores y grado aproximado de precisión de los jueces de acuerdo con Bakeman et al. (1997).

Subsistema SISC- INTER- CVC							
		Concordancia inter-observadores (Ob. 1 y Ob. 3)			**Concordancia intra-observador (Ob. 1)**		
	Sesión	**PA**	**K**	**Precisión (%)**	**PA**	**K**	**Precisión (%)**
1	Caso 2, S4	75%	*k* = 0,64, *p* = 0,00	81	83%	*k* = 0,72, *p* = 0,00	84,5
2	Caso 4, S9	77%	*k* = 0,64, *p* = 0,00	81	82%	*k* = 0,74, *p* = 0,00	85,5
3	Caso 6, S3	87%	*k* = 0,77, *p* = 0,00	86,5	82%	*k* = 0,68, *p* = 0,00	84
4	Caso 7, S2	74%	*k* = 0,60, *p* = 0,00	80	72%	*k* = 0,60, *p* = 0,00	80
5	Caso 9, S4	75%	*K* = 0,67, *p* = 0,02	83,5	74%	*k* = 0,60, *p* = 0,00	80
6	Caso 13, S5	74%	*k* = 0,60, *p* = 0,00	80	80%	*k* = 0,68, *p* = 0,00	84
7	Caso 14, S6	74%	*k* = 0,62, *p* = 0,00	80,5	77%	*k* = 0,66, *p* = 0,00	83
8	Caso 2, S2	91%	*k* = 0,80, *p* = 0,00	89	85%	*k* = 0,83, *p* = 0,00	89,5
9	Caso 12, S7	85%	*k* = 0,73, *p* = 0,00	85	91%	*k* = 0,90, *p* = 0,00	93
10	Caso 18, S4	72%	*k* = 0,64, *p* = 0,00	81	85%	*k* = 0,80, *p* = 0,00	89

3. RESULTADOS

En primer lugar se abordará el análisis descriptivo de las verbalizaciones del cliente en sesión atendiendo a las diferentes actividades llevadas a cabo por el terapeuta, informándose del porcentaje de ocurrencia de cada una de las variables sobre el total de categorías registradas. Posteriormente se procederá a analizar las diferencias encontradas entre ellas mediante la aplicación de pruebas no paramétricas para las comparaciones.

3.1. Análisis descriptivo.

En la tabla V.4 se pueden observar los estadísticos descriptivos para cada una de las variables estudiadas en las cuatro *actividades clínicamente relevantes* desarrolladas por los terapeutas. Tal y como se refleja en la misma, las categorías *Proporcionar información* y *Mostar aceptación* constituyen la mayor parte de las verbalizaciones de los clientes en sesión, cubriendo entre las dos porcentajes de entre el 60 y el 80% de las emisiones realizadas y siendo el promedio de la primera superior al de la segunda en todos los casos. Concretamente, el **grupo de evaluación** se ve claramente definido por sesiones en las que el cliente *proporciona información* sobre su problemática, abarcando esta variable un 70% de las verbalizaciones emitidas y en el **grupo de explicación** podemos observar cómo el promedio de las dos variables con más prevalencia se acerca. Este grupo se caracteriza por momentos en los que el cliente *muestra su aceptación* y, en mucha menor medida, su *desacuerdo*, ante el análisis funcional y la propuesta de intervención expuesta por el terapeuta. Por otro lado, son las sesiones en las que el cliente realiza más preguntas y *solicita* aclaraciones al terapeuta, *anticipa* más el seguimiento de las pautas propuestas y muestra el porcentaje más alto en las *verbalizaciones de reacción emocional*, aunque este sea muy cercano a cero a lo largo de toda la terapia. Por su parte, el **grupo de tratamiento** presenta el promedio más alto de verbalizaciones relacionadas con el *Seguimiento de instrucciones dentro de sesión* y con el *no seguimiento de instrucciones dentro y fuera de sesión*, aunque hay que indicar que

las categorías sobre la no consecución o anticipación de las instrucciones muestran cifras muy cercanas a cero, e incluso cero, durante todo el proceso terapéutico. Finalmente, el **grupo de consolidación** se define por las sesiones en las que el cliente, además de *Proporcionar información* y *Mostrar aceptación*, *describe* en un mayor porcentaje el seguimiento de las pautas fuera de sesión y muestra en mayor medida *su Malestar*, *Bienestar*, *Logro* y/o *Fracaso*.

Tabla V.4. Estadísticos descriptivos para las variables de la conducta verbal del cliente en los cuatro grupos de actividades.

	Grupo EV. (n=17)		Grupo EXP. (n= 25)		Grupo TTO. (n=30)		Grupo CON. (n=20)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Proporcionar información [a]	70,47	7,10	46,22	10,28	56,67	9,13	58,75	11,31
Solicitar información [a]	2,38	2,47	4,13	3,35	2,77	1,94	2,05	2,07
Mostrar aceptación [a]	14,00	4,08	30,58	9,14	21,11	5,94	18,54	5,06
Mostrar desacuerdo [a]	0,54	0,62	1,34	1,26	1,02	1,15	1,06	1,02
Malestar [a]	4,82	2,89	3,86	2,84	4,92	3,82	5,35	4,04
Bienestar [a]	1,01	1,18	1,97	2,28	1,11	1,10	3,00	2,12
Logro [a]	0,73	1,43	2,37	3,46	1,82	3,23	4,90	4,41
Fracaso [a]	0,19	0,48	0,35	0,62	0,57	0,68	0,72	0,90
Seguimiento de instrucciones dentro de sesión [a]	2,40	7,15	3,53	9,28	3,69	9,98	0,14	0,38
Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión [a]	0,75	1,03	2,60	2,33	2,00	1,59	1,55	1,62
Descripción del seguimiento de instrucciones fuera de sesión [a]	1,13	1,26	1,84	2,38	2,49	2,33	2,97	2,66
No seguimiento de instrucciones dentro de sesión [a]	0,08	0,34	0,00	0,00	0,13	0,35	0,00	0,00
Anticipación del no seguimiento de Instrucciones fuera de sesión [a]	0,07	0,21	0,07	0,21	0,23	0,69	0,01	0,07
Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión [a]	0,14	0,24	0,22	0,67	0,56	0,79	0,36	0,63
Verbalización de reacción emocional [a]	0,17	0,44	0,25	0,55	0,03	0,10	0,04	0,18
Otras cliente [a]	1,11	1,54	0,66	0,58	0,86	0,83	0,55	0,60

EV.= grupo de evaluación; EXP.= grupo de explicación; TTO.= grupo de tratamiento; CON.= grupo de consolidación

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

A través de los gráficos V.1 y V.2 podemos describir con más detalle la variación en los promedios de las categorías *pro* y *anti-terapéuticas*. Cómo vemos en el primero de ellos, existe un patrón similar en la evolución de este tipo de verbalizaciones a lo largo de las actividades estudiadas. En tres de las cinco categorías, *Bienestar*, *Logro* y *Descripción del seguimiento de instrucciones*, encontramos los promedios más bajos en las sesiones donde el terapeuta

principalmente *evalúa* y los porcentajes más altos en momentos de la terapia donde el psicólogo *consolida* los cambios. Por otro lado, la categoría *Anticipación del seguimiento de instrucciones* aparece sobre todo en relación a las explicaciones del terapeuta sobre el análisis funcional y la propuesta de tratamiento y su aparición va disminuyendo a lo largo de la intervención. Por su parte, las verbalizaciones sobre el *Seguimiento de instrucciones dentro de sesión* son las que muestran un patrón diferente, con una presencia más notable en las sesiones de explicación y, sobre todo, de tratamiento y con su práctica desaparición en los momentos de consolidación. Respecto a las categorías *anti-terapéuticas*, en el gráfico V.2 podemos observar que, exceptuando las verbalizaciones de *Malestar*, este tipo de emisiones aparecen muchas menos veces que aquellas que señalan la obtención de los objetivos terapéuticos. Concretamente, los porcentajes relacionados con el *No seguimiento de instrucciones* (*dentro de sesión, anticipación fuera de sesión y descripción fuera de sesión*) son, en todos los casos, muy cercanos a cero, apareciendo en un promedio mayor en las sesiones de tratamiento. Las verbalizaciones de *Fracaso*, por su parte, siguen un patrón ascendente presentando los porcentajes más bajos cuando el terapeuta *evalúa* y los más altos cuando el terapeuta *consolida.* Finalmente, los promedios en la variable *Malestar* se mantienen más estables independientemente de la actividad desempeñada por el psicólogo, presentando los porcentajes más altos en momentos en los que el clínico *consolida* y los más bajos cuando *explica*.

Gráfico V.1. Porcentaje medio de ocurrencia de las categorías *pro-terapéuticas* sobre el total de categorías en cada uno de los grupos

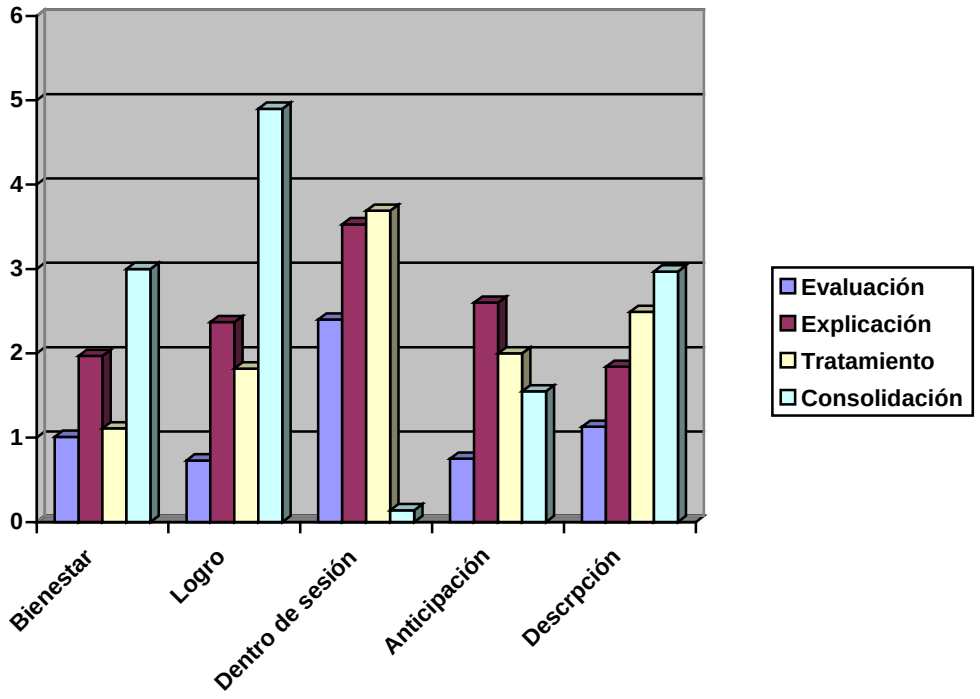
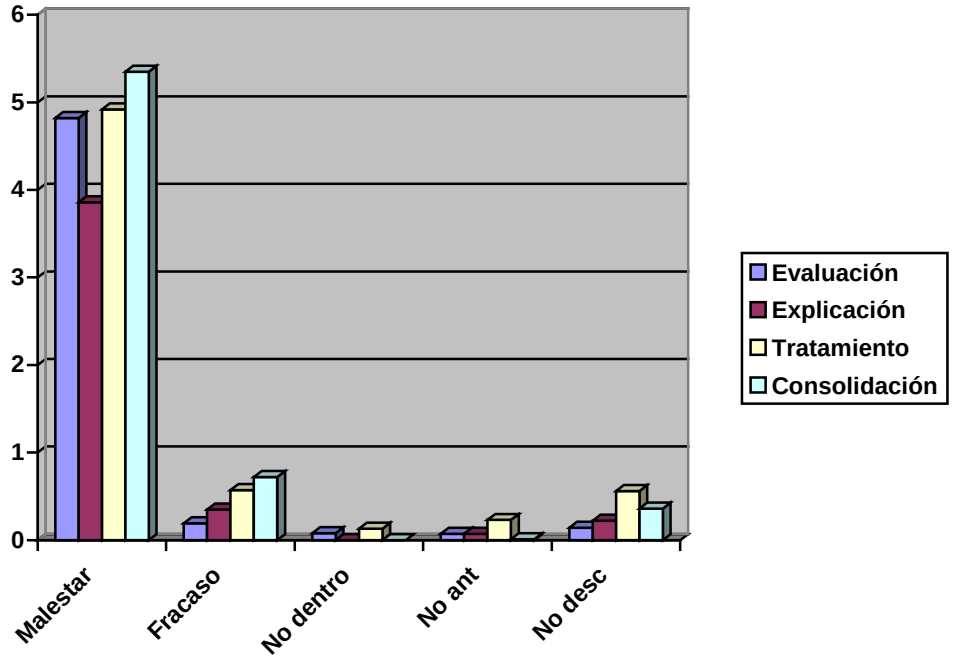


Gráfico V.2. Porcentaje medio de ocurrencia de las categorías *anti-terapéuticas* sobre el total de categorías en cada uno de los grupos



3.2. Comparación de las variables del comportamiento verbal de los clientes respecto a las actividades del terapeuta.

Con el objetivo de comprobar si las diferencias encontradas en el análisis descriptivo son estadísticamente significativas y teniendo en cuenta por un lado, tras la realización de las correspondientes pruebas de Kolmogorov- Smirnov y de Levene, que prácticamente ninguna de nuestras variables (únicamente *Proporcionar información* y *Mostrar desacuerdo*) cumplía los supuestos de normalidad y homocedasticidad y por otro, el pequeño tamaño muestral de algunos de los grupos, se aplicaron distintas pruebas no paramétricas para las comparaciones. Concretamente, para el análisis de las diferencias entre las verbalizaciones del cliente se utilizó la prueba *H* de Kruskal-Wallis, tomando como variable de agrupación las diferentes *actividades clínicamente relevantes* que desempeña el terapeuta en sesión. Posteriormente, en relación a los resultados obtenidos, para realizar las comparaciones *post hoc* entre cada par de grupos en las variables en las que se encontraron diferencias significativas se empleó la prueba *U* de Mann-Whitney acompañada de la corrección de Bonferroni para controlar la probabilidad de cometer errores de tipo I. Este procedimiento consiste en utilizar el nivel de significación igual a 0,05 dividido por el número de comparaciones que se desean realizar, lo que en este caso nos lleva a tomar en cuenta un nivel de significación de 0,0083. Los resultados obtenidos con la prueba *H* de Kruskal-Wallis para las variables del cliente se presentan en la tabla V.5, mientras que los resultados de la prueba *U* de Mann-Whitney (en su valor tipificado) para todas las comparaciones entre grupos se encuentran en la tabla V.6.

Tabla V.5. Estadístico de contraste y nivel crítico para cada variable del cliente aplicando la prueba H de Kruskal-Wallis.

	Prueba de Kruskal-Wallis	
Variables de la conducta verbal del cliente	**$X_3^{2\,b}$**	**P**
Proporcionar información [a]	40,03	0,000**
Solicitar información [a]	7,54	0,056
Mostrar aceptación [a]	43,12	0,000**
Mostrar desacuerdo [a]	4,54	0,209
Malestar [a]	2,13	0,547
Bienestar [a]	14,25	0,003**
Logro [a]	17,65	0,001**
Fracaso [a]	8,06	0,045*
Seguimiento de instrucciones dentro de sesión [a]	6,48	0,091
Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión [a]	14,52	0,002**
Descripción del seguimiento de instrucciones fuera de sesión [a]	7,72	0,052
No seguimiento de instrucciones dentro de sesión [a]	7,97	0,047*
Anticipación del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión [a]	2,67	0,445
Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión [a]	8,64	0,034*
Verbalización de reacción emocional [a]	5,58	0,134
Otras cliente [a]	2,243	0,524

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

[b] El estadístico *H* se distribuye según el modelo de probabilidad *chi-cuadrado*, por lo que el programa *SPSS* ofrece directamente el valor del estadístico X^2, en este caso con tres grados de libertad.

* Significativo tomando en consideración α= 0,05/ ** Significativo tomando en consideración α= 0,01.

Tabla V.6. Estadístico de contraste y nivel crítico para cada variable del cliente aplicando la prueba U de Mann-Whitney.

	Comparaciones entre grupos											
	EV.- EXP.		**EV.- TTO.**		**EV.- CON.**		**EXP.- TTO.**		**EXP.- CON.**		**TTO.- CON.**	
	Z	***P***	***Z***	***p***	***Z***	***P***	***Z***	***P***	***Z***	***p***	***z***	***p***
Proporcionar información [a]	- 5,11	0,000*	-4,66	0,000*	-3,23	0,001*	-3.67	0,000*	-3,29	0,001*	-0,73	0,464
Mostrar aceptación [a]	-5,09	0,000*	-3,74	0,000*	-2,50	0,012	-4,25	0,000*	-4,61	0,000*	-1,44	0,151
Bienestar [a]	-1,59	0,113	-0,37	0,712	-3,04	0,000*	-1,33	0,184	-2,01	0,045	-3,36	0,001*
Logro [a]	-2,66	0,008*	-1,74	0,082	-3,67	0,000*	-1,29	0,198	-2,08	0,037	-2,81	0,005*
Fracaso [a]	-1,24	0,216	-2,19	0,028	-2,49	0,013	-1,38	0,166	-1,64	0,102	-0,48	0,634
Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión [a]	-3,35	0,001*	-3,22	0,001*	-1,78	0,074	-0,72	0,472	-1,69	0,091	-1,39	0,165
No seguimiento de instrucciones dentro de sesión [a]	-1,21	0,225	-0,97	0,330	-1,08	0,278	-2,12	0,034	-0,00	1,000	-1,90	0,057
Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión [a]	-1,10	0,270	-1,92	0,055	-0,586	0,558	-2,63	0,008*	-1,63	0,103	-1,10	0,271

EV.= grupo de evaluación; EXP.= grupo de explicación; TTO.= grupo de tratamiento; CON.= grupo de consolidación.
Significativo tomando en consideración α= 0,0083.
[a] Variable medida en porcentaje de ocurrencia de la categoría correspondiente sobre el total de categorías-evento del cliente registradas durante la sesión

Como se muestra en la tabla V.5 existen diferencias significativas entre los grupos en ocho de las variables estudiadas: *Proporcionar información, Mostrar aceptación Bienestar, Logro, Fracaso, Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión, No seguimiento de instrucciones dentro de sesión y Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión.* Al contrastar los grupos por pares, tal y como se presenta en la tabla V.6, encontramos que las verbalizaciones en las que el cliente *Proporciona información* son las que presentan diferencias significativas en un mayor número de comparaciones, concretamente entre todos los pares confrontados excepto entre el grupo *tratamiento-consolidación*. La categoría *Mostrar aceptación* también muestra diferencias significativas en algunos de los contrastes por pares, excepto entre los de *evaluación-consolidación* y *tratamiento-consolidación*. Las verbalizaciones de *Bienestar* y *Logro* resultan significativas en las comparaciones entre *tratamiento-consolidación*, *evaluación-consolidación* y *evaluación-explicación* en el caso de la segunda categoría. Por su parte, la *Anticipación del seguimiento de instrucciones* diferencia las comparaciones entre *evaluación-explicación* y *evaluación-tratamiento*, mientras que la *Descripción del no seguimiento de instrucciones* presenta diferencias significativas cuando se contrasta el par *explicación-tratamiento*. La tabla V.7 nos informa sobre la dirección que toman estas diferencias significativas, la categoría *Proporcionar información* cobra un especial protagonismo en las sesiones en las que el terapeuta *evalúa*, las verbalizaciones en las que el cliente *Muestra aceptación* tienen una especial relevancia en momentos en los que el psicólogo *explica*, las emisiones que hemos etiquetado como *pro-terapéuticas* destacan en momentos de *consolidación* de los objetivos, en el caso del *Bienestar* y el *Logro* y en periodos de *explicación* y *tratamiento*, en el caso de la *Anticipación*. Por último, la única categoría *anti-terapéutica* que presenta diferencias significativas en las comparaciones entre grupos, la *Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión*, caracteriza momentos de la terapia en los que el clínico está *tratando*.

Tabla V.7. Grupo con mayor aparición de cada una de las variables que presentan diferencias significativas en las comparaciones realizadas entre dos muestras independientes.

	Proporcionar Información	Aceptación	Bienestar	Logro	Anticipación del seguimiento fuera	No descripción del seguimiento fuera
EV- EXP	+EV	+EXP		+EXP	+EXP	
EV-TTO	+EV	+TTO			+TTO	
EV-CON	+EV		+CON	+CON		
EXP-TTO	+TTO	+EXP				+TTO
EXP- CON	+CON	+EXP				
TTO- CON			+CON	+CON		

EV.= grupo de evaluación; EXP.= grupo de explicación; TTO.= grupo de tratamiento; CON.= grupo de consolidación

4. DISCUSIÓN

La realización de este segundo estudio nos permite, en primer lugar, fortalecer la metodología propuesta para estudiar el proceso terapéutico; gracias al desarrollo del SISC-CVC y de los análisis realizados hemos obtenido una aproximación inicial que nos informa sobre la conducta verbal del cliente cuando éste se enfrenta al proceso clínico. Respecto a la hipótesis inicial formulada, consideramos que en términos generales podemos afirmar que el comportamiento verbal de los clientes se va modificando en relación a las diferentes actividades llevadas a cabo por el psicólogo. Dichas variaciones van presentando diferentes patrones en función del grupo al que pertenezcan; en ese sentido, respecto a la hipótesis relacionada con las verbalizaciones *pro-terapéuticas*, éstas aumentan a lo largo de la intervención en el caso del *Logro, Bienestar, Descripción del seguimiento de instrucciones* y *Seguimiento de instrucciones dentro de sesión.* En el caso de las tres primeras categorías señaladas, cuyos porcentajes más altos aparecen en momentos de la terapia de *consolidación*, parece que podemos apuntar que los contenidos que el cliente expresa en sesión van aumentando progresivamente relacionándose positivamente con el cambio clínico deseado. Puede parecer contradictorio el hecho de que tanto para el *Logro* como para el *Bienestar* encontremos promedios más altos en las sesiones en las que el terapeuta *explica* frente a sesiones en las que el terapeuta *trata*, desde nuestro punto de vista, estos datos están relacionados con la definición de dichas categorías que

contempla la anticipación de dichos estados positivos. Estos datos realzan la importancia de las sesiones en las que el terapeuta da una explicación de la problemática del cliente y de los pasos a seguir para su mejoría, encontrando como respuesta la anticipación de los beneficios que se van a obtener gracias a la intervención. Y, por otra parte, señala la importancia de esas explicaciones cómo estrategia de cambio en sí misma, ya que en la medida que el cliente emite verbalizaciones de *Bienestar* y *Logro* no sólo manifiesta una mejoría con respecto al comportamiento problema que le llevó a pedir ayuda psicológica, sino que incrementa la probabilidad de realizar conductas adaptativas fuera de la sesión desde el momento en que tales verbalizaciones y emociones se convertirán en discriminativos de dichas conductas (correspondencia *decir- hacer- decir*). En ese sentido, encontramos la explicación al hecho de que la categoría de este bloque que nos faltaba por señalar, la *Anticipación del seguimiento de instrucciones*, aparezca sobre todo en estas sesiones y vaya disminuyendo progresivamente, destacando como punto de inflexión para la consecución positiva de las tareas que se pautarán en posteriores periodos de la terapia la comprensión y aceptación de los objetivos marcados en las sesiones de explicación del análisis funcional. En relación a la categoría *Seguimiento de instrucciones dentro de sesión* encontramos los porcentajes más elevados en las sesiones en las que el terapeuta *trata* lo cual está directamente relacionado con el entrenamiento de técnicas para el correcto desarrollo del tratamiento y mantiene el sentido clínico del desarrollo de este grupo de verbalizaciones *pro-terapéuticas*, ya que estos porcentajes disminuyen sensiblemente en momentos de *consolidación*, en los que, como señalábamos en el estudio anterior, el psicólogo no se plantea nuevos objetivos de cambio y se centra en consolidar aquellos obtenidos.

Respecto a las categorías del segundo bloque, las verbalizaciones *anti-terapéuticas* presentan un cumplimiento parcial de la hipótesis planteada. Las categorías relacionadas con el *No seguimiento de instrucciones* muestran un patrón prácticamente idéntico, sus promedios ascienden en sesiones en los que el terapeuta *trata* y descienden en periodos en los que el terapeuta *consolida*. Estos datos, a pesar de ratificar nuestra hipótesis deben ser asumidos con cautela,

teniendo en cuenta, tal y como indicábamos anteriormente, las cifras tan pequeñas que presentan este tipo de verbalizaciones. En cambio, en contra de lo considerado inicialmente, los contenidos de *Fracaso* y *Malestar* presentan sus porcentajes más altos en sesiones en los que el terapeuta *consolida* los cambios. Pensamos que hay varias razones que pueden ayudarnos a entender estos datos: en primer lugar, para el caso del *Malestar,* hay que señalar que a pesar de que aumente ligeramente al final de la terapia sus promedios permanecen estables a lo largo de toda la intervención, independientemente que las verbalizaciones paralelas de *Bienestar* vayan claramente en aumento, lo que parece indicar que este tipo de contenidos no está estrechamente relacionado con la consecución o no de los objetivos terapéuticos. Consideramos que, quizás, en este caso, el fuerte reforzamiento tanto negativo como positivo que pueden tener este tipo de expresiones de malestar y queja en el contexto extra-clínico puede estar resultando más potente que las contingencias aplicadas por el psicólogo en el proceso de moldeamiento de las verbalizaciones efectuado durante las sesiones. Por otro lado, respecto a las verbalizaciones de *Fracaso,* pensamos que el hecho de que se contradiga la hipótesis planteada se relaciona con que no tuvimos en cuenta a la hora de formularla una de las posibles fuentes de anticipación de fracaso que plantean los clientes en sesión: el miedo o la incapacidad a perpetuar los cambios obtenidos una vez finalizada la intervención. La dependencia que en ocasiones se genera puede estar asociada a los datos obtenidos, pero aún así este tipo de conclusiones han de ser tomadas con más cautela teniendo en cuenta que las verbalizaciones de *Fracaso* se presentan en promedios muy bajos a lo largo de toda la terapia.

La última hipótesis planteada se relacionaba con el bloque de verbalizaciones *neutras,* para las que proponíamos diferencias en función de la *actividad clínicamente* relevante desempeñada. En primer lugar, las verbalizaciones con una prevalencia más destacada a nivel general, las pertenecientes a *Proporcionar información,* se muestran todavía más acentuadas en las sesiones en las que el terapeuta *evalúa,* tal y como preveíamos a la hora de formular las hipótesis. Un 70% de las emisiones del cliente en el primer periodo

de la intervención tienen como contenido información descriptiva de sus datos biográficos, de su contexto, de su historia previa y de los antecedentes y consecuentes de su problemática que el terapeuta obtiene mediante la formulación de preguntas y de tareas relacionadas con la recogida de información. Por su parte, ratificando también los planteamientos iniciales, las categorías *Solicitar información*, *Mostrar aceptación* y *Mostrar desacuerdo* aparecen en periodos en los que el psicólogo *explica*, sobre todo, el análisis funcional y la propuesta de tratamiento. En relación a la primera de estas tres categorías, aunque aparezca más en este tipo de sesiones, sus promedios se presentan estables a lo largo de la intervención, lo cual es lógico teniendo en cuenta que el cliente puede tener todo tipo de dudas relacionadas con el inicio de la terapia, con las diferentes técnicas y tareas a realizar o con la continuidad de las mejoras una vez abandonado el tratamiento. Por otro lado, que *Mostrar aceptación* y, en mucha menor medida de aparición *Mostrar desacuerdo,* aparezcan más vinculadas a este tipo de actividad del terapeuta se relaciona directamente con la definición que realizamos de las mismas. Tal y como señalábamos al principio del capítulo puede resultar sorprendente la inclusión de estas categorías en el bloque de verbalizaciones *neutras*, pero, a la hora de realizar los registros observamos que principalmente se encuentran asociadas a preguntas de comprobación de los terapeutas (*Función discriminativo conversacional*). Esto se relaciona con que, independientemente de que los clientes aceptaran o no algunas de las explicaciones del psicólogo, estas verbalizaciones no se vieran asociadas directamente al cumplimiento de las tareas o de los objetivos terapéuticos planteados. Por ejemplo, en ocasiones *Mostrar desacuerdo* se presentaba contingentemente a la categoría *Solicitar información*, lo que simplemente indicaba el no entendimiento de alguna de las verbalizaciones del terapeuta y su petición de aclaración, algo, por supuesto, muy alejado de lo *anti-terapéutico*. En ese sentido, a lo largo del registro nos hemos encontrado con diferentes tipos de *Aceptaciones anti-terapéuticas* y viceversa, *Desacuerdos terapéuticos;* otro de los ejemplos frecuentes se vincula a momentos de reestructuración cognitiva, donde ante verbalizaciones del psicólogo con contenidos irónicos o desaprobatorios como: "*Claro, lo que pasa es que eres un*

desastre y no sirves para nada ¿no?", el hecho de que el cliente responda afirmativamente se aleja claramente de los objetivos deseados y todo lo contrario en el caso de que responda negativamente. Finalmente, respecto a la última de las categorías agrupada como *neutra,* la *Verbalización de reacción emocional*, muestra su promedio más alto en momentos de *explicación* y no de *tratamiento* como planteábamos; quizás este hallazgo esté relacionado con que en esos fragmentos de la terapia el psicólogo hace "revivir" verbalmente el problema en su conjunto provocando este tipo de respuestas emocionales. Pero como señalábamos anteriormente creemos que ninguna de las conclusiones extraídas a raíz de esta categoría puede ser muy potente, teniendo en cuenta sus niveles cercanos a cero a lo largo de toda la intervención.

De esta manera, podemos afirmar en líneas generales, que el cliente principalmente ofrece información descriptiva relevante para la terapia, muestra su aceptación y entendimiento ante las verbalizaciones informativas, motivadoras o instructoras del terapeuta y expresa en mucha mayor medida contenidos relacionados con el cambio clínico frente a contenidos alejados de los objetivos perseguidos, excepto en el caso de las verbalizaciones de *Malestar* que se mantienen en promedios más altos y estables que el resto de categorías *anti-terapéuticas*. Pero, más allá del análisis descriptivo de los diferentes contenidos del cliente estudiados, encontramos también un claro sentido clínico a las diferencias estadísticamente significativas halladas en las comparaciones entre pares de *actividades clínicamente relevantes* desempeñadas por el terapeuta. En primer lugar, en los contrastes llevados a cabo entre el grupo de *evaluación* respecto al resto de los grupos, las verbalizaciones pertenecientes a la categoría *Proporcionar información* cobran todavía mayor relevancia a la hora de distinguir las sesiones en las que el psicólogo examina la problemática del cliente, mostrando diferencias significativas para todas las comparaciones. Por otro lado, cada uno de los grupos contrastados con el de *evaluación* se distancia del mismo por características inherentes a su momento terapéutico; en los periodos de *explicación* se pone de relieve la importancia de las respuestas del cliente ante el planteamiento realizado por el terapeuta, resultando destacadas las categorías

Mostrar aceptación, Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión y *Logro,* está última probablemente en lo que a la anticipación del mismo se refiere. En esta línea se mantiene la comparación entre el grupo de *tratamiento*-grupo de *evaluación,* donde también resultan estadísticamente significativas las verbalizaciones relacionadas con la *Aceptación,* probablemente de las tareas propuestas tanto para dentro como para fuera de sesión, como la *Anticipación* de estas últimas. En el último de los contrastes para el grupo de *evaluación* se pone en evidencia la relevancia que toman los contenidos positivos de *Logro* y *Bienestar* que el cliente verbaliza cuando el terapeuta *consolida*. En el resto de comparaciones aplicadas para el grupo de *explicación* se vuelve a poner de relieve el hecho de que el cliente *Muestre Aceptación* destacadamente cuando el terapeuta explica el análisis funcional y la propuesta de tratamiento y en menor medida, cuando el psicólogo da largas explicaciones sobre alguna técnica de intervención psicológica y/o sobre las causas que mantenían nuevos problemas y demandas de los clientes. Por otro lado, también se manifiesta el hecho de que en este tipo de sesiones el terapeuta habla más que en el resto, en ese sentido en estos periodos más "didácticos" de la intervención el cliente proporciona menos información en comparación con los momentos de *tratamiento* y *consolidación,* en los que el cliente probablemente verbalice contenidos en relación al desarrollo de la intervención. Por su parte, en el contraste entre el grupo de *explicación* – grupo de *tratamiento,* resulta significativa la *Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión,* lo que parece lógico teniendo en cuenta que en los periodos en los que el terapeuta da pautas de actuación para fuera de la clínica es mucho más probable el no cumplimiento de las mismas. Hay que tener en cuenta, además, que este tipo de tareas de tratamiento pueden resultar mucho más dificultosas para los clientes que las que se pautaran al principio de la intervención con el objetivo de recoger información. Finalmente, en la comparación realizada entre momentos de *tratamiento* y momentos de *consolidación* se vuelve a remarcar que el psicólogo reduce su acción "terapéutica" en periodos en los que el cliente ya ha cumplido los objetivos terapéuticos, aumentando claramente los contenidos de *Logro* y *Bienestar*.

Por otro lado, en lo que al desarrollo de un nuevo instrumento de codificación ser refiere, queremos señalar la lógica inherente que encontramos al descenso en los índices de concordancia estudiados con respecto al subsistema de registro de la conducta verbal de los terapeutas. Refiriéndonos concretamente a los valores de la Kappa encontrábamos promedios para el SISC- CVT de 0,72 y 0,80 en la concordancia inter e intra-observadores respectivamente, mientras que, para el SISC-CVC estos valores descienden a 0,67 y 0,72. A pesar de este empobrecimiento de los índices en el estudio de la fiabilidad, en todos los casos los datos obtenidos nos permiten concluir niveles buenos de concordancia y una adecuada precisión teórica de los observadores. Al margen de esto, la explicación de este descenso en el valor de Kappa y de algunas de las dificultades que hemos encontrado a la hora de registrar, tiene que ver con la reciente creación del instrumento de codificación de la conducta verbal del cliente frente a los numerosos procesos de depuración y la aplicación a muy diversos estudios del subsistema del terapeuta. El presente trabajo, nos ha permitido detectar las primeras líneas de modificación que requiere el SISC-CVC: en primer lugar, debemos analizar en profundidad la categoría *Proporcionar información*, la cual abarca porcentajes desde el 46% hasta el 70% de las categorías registradas. Estos datos apuntan a que la mayoría de las verbalizaciones del cliente en sesión tienen como contenido información descriptiva sobre su problemática o sobre cualquier otro factor relacionado con la terapia, pero es objetivo de futuros trabajos depurar este tipo de verbalizaciones y analizar el amplio rango de contenidos que se pueden dar dentro de esta categoría. En el otro extremo nos encontramos la variable *Verbalización de reacción emocional*, que comprende porcentajes desde un 0,03% a un 0,25%. Desde nuestro punto de vista estos valores tan pequeños se deben a una falta de sensibilidad no sólo de nuestro sistema, si no también de la metodología propuesta, teniendo en cuenta que desde el principio grabamos únicamente a los terapeutas, omitiendo la imagen de los clientes y perdiendo mediante esta decisión información relevante para detectar los procesos evocados que se pueden dar en terapia. Indudablemente, si queremos profundizar en el estudio de los procesos de condicionamiento clásico que hipotetizamos se dan en

sesión, tendremos que mejorar nuestro procedimiento en este sentido. Por último, respecto al sistema de categorización, consideramos que la segmentación planteada para las categorías relacionadas con el *Seguimiento de instrucciones* es exagerada en comparación con los niveles del resto de categorías, lo que ha provocado una división de los datos excesiva y una información demasiado detallada con cifras muy pequeñas que pueden estar influyendo en que no resulten significativas en el estudio.

A pesar de las dificultades expuestas con el instrumento de medida, consideramos que las conclusiones aquí planteadas nos ayudan a dar un paso más en el entendimiento del proceso terapéutico. Tal y como indicábamos al principio del capítulo, estudiar la interacción terapéutica conlleva tomar una decisión sobre en cuál de los dos protagonistas iniciar el análisis de la interrelación continua que se da entre los dos, en ese sentido, parece que podemos mantener el planteamiento de que las respuestas del cliente vienen influidas por la actividad desempeñada por el clínico y no tanto por las características personales del primero o de su problemática. Pero además de este tipo de conclusiones que nos invitan a continuar con esta línea de investigación y con la metodología propuesta, son muchas las preguntas que nos formulamos tras la realización de los dos primeros trabajos empíricos: ¿podemos afirmar que el hecho de que las categorías *pro-terapéuticas* aumenten tiene alguna relación con la *Función de refuerzo* de los terapeutas?, ¿las categorías sobre el *No seguimiento de instrucciones* que disminuyen a lo largo de la intervención son contingentes a momentos en los que el terapeuta *castiga*?, ¿Qué hace el clínico antes y después de que el cliente *Proporcione información*? o ¿qué hace antes y después de las verbalizaciones de *Malestar* que se mantienen estables a lo largo de todo el proceso terapéutico? Todas estas preguntas, relacionadas directamente con la comprobación de la funcionalidad de las verbalizaciones del terapeuta que hasta ahora únicamente hemos podido hipotetizar, serán estudiadas en el siguiente trabajo empírico, en el cual, podremos aunar todas las variables presentadas para un estudio sistemático de la interacción en terapia.

CAPÍTULO VI

ESTUDIO EMPÍRICO 3: Análisis de la interacción verbal entre psicólogo y cliente durante el proceso terapéutico.

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de los capítulos expuestos anteriormente hemos ido haciendo hincapié en la necesidad de desarrollar investigación en psicoterapia que estudie la interacción entre los protagonistas de la misma y que se centre en la ejecución de terapeuta y cliente más que en análisis de sus características personales. Tal y como pone de relieve Elliot (2010) el proceso de cambio en terapia ha sido considerado, en numerosas ocasiones, una "caja negra" dónde únicamente hemos observado las múltiples variables de estudio planteadas y el resultado final obtenido, ignorando los pasos mediadores en el cambio clínico. Un primer intento por superar este vacío se puede observar en los numerosos estudios que se han centrado en el análisis de la conducta verbal en psicoterapia momento a momento (Russell y Trull, 1986), usando frecuencias de categorías que presentan interesantes resúmenes sobre el comportamiento lingüístico de terapeuta y cliente a lo largo de las sesiones. Pero este tipo de estrategias han resultado insuficientes ya que siguen explicando poco acerca de la influencia y la interrelación continúa entre los dos agentes de la terapia (Russell y Czogalik, 1989). En este contexto, tal y como se expuso en los capítulos anteriores, se ha dado un impulso a nuevas aproximaciones que pretenden solventar este tipo de carencias, examinando la interacción de las conductas en sesión momento a momento y evaluando su impacto en el proceso y en el resultado de la terapia. Uno de los requerimientos básicos a la hora de realizar este tipo de trabajos ha sido el *análisis secuencial* de los datos obtenidos en sesión (Karpiak y Benjamin, 2004; Terraz et al., 2004), que es la forma más común de micro-análisis y, más que ser una técnica única, agrupa un conjunto de pruebas estadísticas cuya finalidad es poner de manifiesto

relaciones secuenciales entre unidades de conducta (Quera, 1993). En el presente estudio nos disponemos a usar esta herramienta para dar un paso más en nuestra pretensión de identificar secuencias conductuales que puedan definir el proceso terapéutico.

Los trabajos empíricos previamente expuestos planteaban el estudio aislado de terapeuta y cliente, permitiéndonos obtener una visión global del comportamiento de cada uno en sesión que a continuación va a ser puesta en relación. Las *actividades clínicamente relevantes* del terapeuta concluidas en el primer estudio empírico supusieron la base para el análisis de las respuestas del cliente a lo largo de las mismas, lo que nos permitió obtener información sobre el comportamiento de éste en la clínica. Pero, a la vez, nos hizo plantearnos numerosas preguntas sobre la posible funcionalidad de las verbalizaciones del terapeuta y su influencia en el cambio clínico observado. Concretamente, se presentan a continuación las preguntas e hipótesis consideradas que se organizan en dos bloques: un bloque exploratorio en el que pretendemos indagar en la relación entre el quehacer del psicólogo y algunas verbalizaciones del cliente y un bloque de hipótesis a través del cual pretendemos comprobar ciertas relaciones funcionales en la interacción terapéutica.

- <u>Bloque 1: exploración de relaciones secuenciales.</u>

  Los datos obtenidos en algunas de las categorías de la conducta verbal del cliente promovieron nuestro interés por dar respuesta a las siguientes preguntas:

  - *Pregunta* 1: ¿Qué hace el terapeuta antes y después de las verbalizaciones del cliente que *proporcionan información* cuyos porcentajes son los más altos de la terapia?

  - *Pregunta* 2: ¿Qué hace el terapeuta cuando el cliente, momentáneamente, toma el mando de la sesión y *solicita información*?

- *Pregunta* 3: ¿Qué relación tienen las verbalizaciones del terapeuta con las categorías *Mostrar aceptación* y *Mostrar desacuerdo* cuyos contenidos resultan ambiguos en relación al cambio clínico?

- *Pregunta* 4: ¿Qué tipo de verbalizaciones del cliente o qué posibles funciones del terapeuta rodean las categorías de *Malestar* y *Fracaso* cuyos porcentajes sorprendentemente ascienden a lo largo de la terapia a pesar de alcanzar los objetivos terapéuticos?

- Bloque 2: hipótesis secuenciales.

Consideramos que algunas de las verbalizaciones de terapeuta y cliente se relacionarán de forma regular y estable durante la terapia formando los siguientes patrones secuenciales:

- *Hipótesis 1*: Las verbalizaciones del cliente pertenecientes al grupo de *pro-terapéuticas* (Bienestar, Logro, Seguimiento de instrucciones dentro de sesión, Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión y Descripción del seguimiento fuera de sesión) irán seguidas de verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *Función de refuerzo alto/medio/bajo o conversacional*

- *Hipótesis 2:* Las verbalizaciones del cliente pertenecientes al grupo de *pro-terapéuticas* (Bienestar, Logro, Seguimiento de instrucciones dentro de sesión, Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión y Descripción del seguimiento fuera de sesión) no irán seguidas de verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *Función de castigo*.

- *Hipótesis 3:* Las verbalizaciones del cliente pertenecientes al grupo de *anti-terapéuticas* (Malestar, Fracaso, No seguimiento de instrucciones dentro de sesión, Anticipación del no seguimiento de instrucciones

fuera de sesión y Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión) irán seguidas de verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *Función de castigo*.

- *Hipótesis 4:* Las verbalizaciones del cliente pertenecientes al grupo de *anti-terapéuticas* (Malestar, Fracaso, No seguimiento de instrucciones dentro de sesión, Anticipación del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión y Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión) no irán seguidas de verbalizaciones del terapeuta categorizadas como
- *de refuerzo alto/medio/bajo o conversacional.*

- *Hipótesis 5:* A lo largo de las sesiones encontraremos las siguientes secuencias de tres términos:

  a) Verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *Función discriminativa indicando* o *sin indicar la dirección deseada de la respuesta*[9], seguidas de una conducta del cliente perteneciente al grupo de *pro-terapéuticas* y, por último, una verbalización del terapeuta categorizada como *Función de refuerzo alto/medio/bajo o conversacional.*
  b) Verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *Función discriminativa indicando* o *sin indicar la dirección deseada de la respuesta*, seguidas de una conducta del cliente perteneciente al grupo de *anti-terapéuticas* y, por último, una verbalización del terapeuta categorizada como *Función de castigo.*

[9] Para el estudio de estas secuencias las categorías *Función discriminativa sin indicar la dirección deseada de la respuesta* y *Función discriminativa indicando* fueron agrupadas dejando fuera del estudio los modificadores *conversacional* y *fallida* por no resultar relevantes para el estudio de tres términos que queremos realizar.

2. MÉTODO

2.1. Participantes

Para la realización de este trabajo se utilizaron las mismas 92 sesiones que en los estudios previos y cuyas características aparecen resumidas en la tabla IV. 1.

2.2. Variables e Instrumentos

Las variables que se analizaron para este estudio son las siguientes:

- Conducta verbal del psicólogo: para dar respuesta a los dos bloques de formulaciones planteadas se consideró la conducta verbal del psicólogo como una variable nominal de la que el observador seleccionará en cada momento cuál de los posibles niveles tiene lugar. Los niveles de la variable se corresponden con las categorías para la conducta verbal del psicólogo según el sistema *SISC-INTER-CVT* (subsistema *SISC-CVT*) y aparecen recogidos en la tabla VI.1.

- Conducta verbal del cliente: De igual manera, las verbalizaciones del cliente fueron tomadas como una variable nominal cuyos niveles coinciden con las categorías del *SISC-INTER-CVT* (subsistema *SISC-CVC*) que se exponen en la tabla VI.1.

Respecto a los materiales e instrumentos, tal y como se precisó en los estudios previos, las grabaciones fueron realizadas por medio de un circuito cerrado dispuesto en el centro colaborador compuesto por cámaras semi-ocultas situadas en las esquinas de los despachos donde se llevaban a cabo las sesiones clínicas. El programa informático *The Observer XT* en su versión *6.0* fue utilizado para la observación y la codificación de las sesiones, a partir del cual se obtuvieron los datos secuenciales de las categorías registradas. La versión *7.0* del

mismo programa permitió la obtención de los índices de concordancia intra e inter-observadores. La codificación de comportamiento verbal del terapeuta y del cliente se realizó mediante el sistema de categorías *SISC-INTER-CVT*, instrumento que se compone de los subsistemas expuestos en los estudios empíricos anteriores.

Las pruebas estadísticas de análisis secuencial fueron realizadas con la versión 5.0 del programa *Generalized Sequential Querier (GSEQ),* un programa informático para analizar patrones secuenciales de conducta desarrollado por Bakeman y Quera (1995). La trasformación de datos obtenidos con *The Observer XT* para poder ser utilizados con *GSEQ* fue llevada a cabo con el programa *ObsTxtSds,* versión 2.0., de los anteriores autores, que trasforma los datos a lenguaje *SDIS* (*Sequential Data Interchange Standard* o *Norma para el intercambio de datos secuenciales*).

2.3. Procedimiento.

Los pasos seguidos para la obtención del consentimiento del centro de colaboración, para la grabación y trasformación de las sesiones, para la codificación de la muestra seleccionada y para el mantenimiento de los niveles de concordancia inter e intra-juez[10] fueron los mismos que en los estudios empíricos 1 y 2.

[10] Los valores de los índices de concordancia para las subescalas de terapeuta y cliente se pueden encontrar en las tablas IV.3 y V.3 respectivamente.

Tabla VI. 1. Variables e instrumentos

Variables de estudio
• Variables referidas a la conducta verbal del terapeuta (variable nominal) - Función discriminativa sin indicar la dirección deseada de la respuesta - Función discriminativa indicando la dirección deseada de la respuesta - Función discriminativa conversacional - Función discriminativa fallida - Función evocadora - Función de refuerzo bajo - Función de refuerzo medio - Función de refuerzo alto - Función de refuerzo conversacional - Función de castigo - Función informativa - Función motivadora - Función instructora dentro de sesión. - Función instructora fuera de sesión - Otras - Chatting • Variables referidas a la conducta verbal del cliente (variable nominal) - Proporcionar información - Solicitar información - Mostrar aceptación - Mostrar desacuerdo - Bienestar - Malestar - Logro - Fracaso - Seguimiento de instrucciones dentro de sesión - Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión - Descripción del seguimiento de instrucciones fuera de sesión - No seguimiento de instrucciones dentro de sesión - Anticipación del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión - Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión - Reacción emocional - Otras cliente
Instrumentos
1. Subsistema de Categorización de la Conducta Verbal del Cliente (SISC-CVC) 2. The Observer XT versiones 6.0 y 7.0 3. GSEQ 5.0 4. ObsTxtSds 2.0

3. RESULTADOS

Los análisis se llevaron a cabo mediante la utilización de las técnicas de análisis secuencial según el enfoque *log-linear* (véase Bakeman, Adamson y Strisik, 1995; Bakeman y Gottman, 1986/1989, 1997; Quera, 1993) para explorar las formulaciones realizadas en el primer bloque y comprobar las secuencias de dos o tres términos hipotetizadas en el segundo de los bloques. Aunque el análisis secuencial también ofrece la posibilidad de saber cuánto tiempo antes o cuánto tiempo después de determinadas conductas ocurren otras y para algunas de las categorías registradas contamos con dicha información, prescindiremos de los datos de tiempo para centrarnos únicamente en el análisis de las secuencias de conducta, puesto que nuestro interés principal es saber qué ocurre después o antes de qué otra conducta y no cuánto tiempo antes o después tiene lugar.

La pregunta general que se puede contestar con el análisis secuencial es si existe relación entre comportamientos adyacentes o casi adyacentes. Un concepto clave para los cálculos que se realizarán es el de *probabilidad de transición de retardo r entre dos conductas*, que se define como la probabilidad de que habiendo ocurrido una cierta conducta en la secuencia (conducta *dada*), se dé otra cierta conducta (conducta *condicionada*) *r* eventos antes o después (retardo negativo o positivo). También se pueden estudiar probabilidades de transición de orden superior a 1 llamadas *probabilidades de transición múltiple*, en las que se estudian cadenas de conductas más largas. Para contestar a las preguntas formuladas se organizan los datos secuenciales en *tablas* o *matrices de frecuencias de transición* en las que las filas representan las conductas dadas, las columnas las condicionadas y, basándose en ellas, las pruebas estadísticas nos informan de la significación de la diferencia encontrada entre las frecuencias observadas y las esperadas. Para estudiar la asociación entre pares concretos de categorías se calcularán aquí los *residuos ajustados* (*z*), que son un índice normalizado de la medida en que los valores de las frecuencias observadas en cada celda de la matriz se desvían de sus valores esperados: un valor mayor de 1,96 indica que ese comportamiento ocurre significativamente más de lo esperado

y, por el contrario, un valor menor de -1,96 implica que ocurre significativamente menos de lo esperado por azar al nivel 0,05. Se presentará también el estadístico *Q de Yule*, que se calcula para cada tabla 2x2 e informa la fuerza de una asociación de manera similar al coeficiente de correlación, tomando valores entre -1 y +1 (Bakeman y Quera, 1995).

Antes de analizar las relaciones concretas planteadas en la introducción entre determinados comportamientos del terapeuta y del cliente, se realizaron las necesarias pruebas globales de asociación para comprobar si existe o no una relación de dependencia entre las categorías del terapeuta y del cliente en conjunto en los retardos concretos que nos interesan. Para ello se utilizó el estadístico *chi-cuadrado* (X^2) de Pearson, que nos permite averiguar si la variable de las filas está asociada significativamente con la variable de las columnas. Los resultados estudiados se resumen en la tabla VI.2; cómo se puede observar en la misma, en todos los retardos estudiados el valor de *chi-cuadrado* indicaba que los valores de las celdas se desviaban significativamente de una distribución por azar con un nivel de confianza de 0,99. Parece entonces que las conductas del cliente afectan a las que el terapeuta emite inmediatamente después y viceversa, así como que las conductas que el terapeuta emitió en un momento están relacionadas con las que emite el cliente en la posición siguiente.

Tabla VI.2. Pruebas globales de asociación para matrices de diferentes retardos.

Conductas dadas/ condicionadas (retardo)	Estadístico X^2
Cliente/Terapeuta (+1)	X^2 = 40010,45, gl = 256, $P < 0{,}01^*$
Cliente/Terapeuta (-1)	X^2 =79102,74, gl = 256, $P < 0{,}01^*$
Terapeuta/Cliente (+1)	X^2 = 79102,74, gl = 256, $P < 0{,}01^*$

* Significativo tomando en consideración α = 0,01.
Valores en cada celda: estadístico chi-cuadrado, grados de libertad, *p*.

Una vez comprobadas las diferentes relaciones de dependencia se dio paso al estudio concreto de las preguntas e hipótesis planteadas.

3.1 Exploración de relaciones secuenciales del comportamiento de terapeuta y cliente.

En este punto se presentan los resultados de las pruebas realizadas para dar respuesta a las 4 preguntas planteadas en el bloque 1. Para ello se realizó el análisis de la significación asociada a las probabilidades de retardo -1 y +1, tomando como conductas dadas las categorías del cliente pendientes de la exploración (*Proporcionar información, Solicitar información, Mostrar aceptación, Mostrar desacuerdo, Fracaso y Malestar*) y como conductas condicionadas todas las categorías de la conducta verbal del terapeuta. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla VI.3.

Como se puede observar en la misma la categoría *Proporcionar información* presenta relaciones significativas con todas las verbalizaciones del terapeuta excepto con la *Función evocadora* para el retardo +1 y la *Función evocadora, la Función de refuerzo medio* y el *Chatting* para el retardo -1. Con el objetivo de dar respuestas más concretas a las preguntas planteadas se han señalado las tres asociaciones más fuertes entre las conductas dadas y las condicionadas atendiendo a la *Q* de Yule. En este caso encontramos que tras los contenidos del cliente categorizados como *Proporcionar información*, el terapeuta, sobre todo, emite verbalizaciones con posible *Función de refuerzo conversacional* y, en menor medida, con posibles funciones de *Castigo* y de *Refuerzo bajo*. Por otro lado, previamente a este tipo de contenidos, el psicólogo, en la inmensa mayoría de los casos había formulado verbalizaciones registradas como *Función discriminativa sin indicar* y, en otras ocasiones, acababa de emitir un *refuerzo conversacional* o una verbalización categorizable como *Otras*.

En los momentos en los que el cliente emite alguna duda o pregunta registrada como *Solicitar información* el terapeuta reacciona principalmente exponiendo algún tipo de aclaración registrada como *Función informativa,* aunque también presenta en numerosas ocasiones verbalizaciones codificadas como *Función instructora fuera de sesión* o *Función discriminativa sin indicar*. Por otro lado, las tres categorías de la conducta verbal del psicólogo que en mayor

medida preceden las preguntas del cliente son: *Función instructora fuera de sesión*, *Otras* y *Función discriminativa conversacional*.

Las conductas del terapeuta que presentan relaciones más altas tras los contenidos del cliente registrados como *Mostrar aceptación*, son la *Función informativa* en primer lugar y la *Función de refuerzo bajo* y la *Función instructora fuera de sesión* en segundo y tercer lugar respectivamente. Fijándonos en el mismo retardo +1 para la categoría *Mostrar desacuerdo* del cliente encontramos únicamente dos asociaciones positivas: la *Función de castigo* y la *Función discriminativa fallida*, presentando una asociación más fuerte la primera que la segunda. Respecto a la conducta verbal previa del terapeuta para la categoría *Mostrar aceptación* se puede observar que éste emite sobre todo *Funciones discriminativas sin indicar* y *conversacional* y también, aunque en menor medida, verbalizaciones con *Función de refuerzo conversacional*. Por su lado, para los contenidos del cliente registrados como *Mostrar desacuerdo*, los datos muestran que estas suelen aparecer posteriormente a emisiones del psicólogo codificadas como *Función de castigo*, *Función discriminativa conversacional* y *Función informativa*.

Tabla VI.3. Relación entre algunas de las categorías del cliente y las funciones del terapeuta.

Conductas dadas/ condicionadas (retardo)	Evoc.	Castigo	Ref. bajo	Ref. medio	Ref. alto	Ref. Conv.	Disc. sin Indicar	Disc. ind.	Disc. conv.	Disc. Fallido	Inst. Dentro	Inst. fuera	Info.	Mot.	Otras	Chat.
Proporcionar Información (+1)	(0,41) [0,17]	(20.29)* [0,76]	(27,01)* [0,74]	(26,98)* [0,69]	(13,91)* [0,59]	(76,08)* [0,88]	(51,63)* [0,61]	(19,62)* [0,62]	(-33,39)* [-0,95]	(6,12)* [0,56]	(-8,49)* [-0,56]	(-7,34)* [-0,25]	(12,39)* [0,19]	(-6,59)* [-0,27]	(25,98)* [0,68]	(6,16)* [-0,66]
Proporcionar Información (-1)	(-1,45) [-1,00]	(-5,57)* [-0,38]	(-16,10)* [-0,99]	(-1,39) [-0,05]	(-3,73)* [-0,25]	(59,07)* [0,77]	(116,96)* [0,95]	(-14,59)* [-0,92]	(-4,50)* [-0,10]	(7,12)* [0,62]	(-11,84)* [-0,87]	(-18,61) * [-0,77]	(-32,27) * [-0,64]	(-15,99)* [-0,80]	(29,18)* [0,74]	(0,83) [0,12]
Solicitar Información (+1)	(-0,27) [-1,00]	(-0,73) [-0,21]	(-2,66)* [-0,80]	(-2,76)* [-0,70]	(-2,14)* [-1,00]	(-5,28)* [-0,69]	(10,23)* [0,45]	(-1,77) [-0,46]	(-6,39)* [-1,00]	(-1,00) [-1,00]	(1,81) [0,28]	(13,92)* [0,67]	(24,67)* [0,74]	(0,98) [0,13]	(2,39)* [0,28]	(-0,79) [-1,00]
Solicitar Información (-1)	(-0,27) [-1,00]	(0,23) [0,05]	(-3,00)* [-1,00]	(-2,42)* [-0,58]	(-1,65) [-0,64]	(-3,44)* [-0,37]	(7,55)* [0,36]	(-2,85)* [-1,00]	(7,64)* [0,42]	(0,02) [0,01]	(1,83) [0,28]	(7,72)* [0,51]	(6,76)* [0,34]	(0,72) [0,10]	(5,57)* [0,48]	(-0,81) [-1,00]
Mostrar Aceptación (+1)	(-0,78) [-1,00]	(-5.02)* [-0,69]	(9,85)* [0,42]	(3,04)* [0,15]	(2,73)* [0,20]	(-8,63)* [-0,33]	(-5,33)* [-0,14]	(0,21) [0,01]	(-15,77)* [-0,77]	(-1,39) [-0,33]	(-4,03)* [-0,43]	(11,76)* [0,39]	(42,57)* [0,63]	(2,44)* [0,12]	(-2,00)* [-0,13]	(-0,86) [-0,25]
Mostrar Aceptación (-1)	(-0,78) [-1,00]	(-2,23)* [-0,23]	(-8,66)* [-0,97]	(-1,79) [-0,11]	(-2,48)* [-0,27]	(18,43)* [0,41]	(-26,14)* [-0,99]	(72,67)* [0,98]	(113,93)* [0,95]	(-2,92)* [-1,00]	(-6,75)* [-0,92]	(-11,47)* [-0,91]	(5,84)* [0,13]	(-0,48) [-0,03]	(-8,41)* [-0,80]	(-2,38)* [-1,00]
Mostrar Desacuerdo (+1)	(-0,17) [-1,00]	(14.01)* [0,86]	(-1,40) [-0,57]	(-1,69) [-0,65]	(-1,37) [-1,00]	(-3,99)* [-0,89]	(-2,91)* [-0,37]	(-1,27) [-0,54]	(-4,10)* [-1,00]	(2,50)* [0,67]	(-0,90) [-0,41]	(-2,67)* [-1,00]	(-0,96) [-0,11]	(-0,86) [-0,24]	(-0,16) [-0,04]	(-0,51) [-1,00]
Mostrar Desacuerdo (-1)	(-0,17) [-1,00]	(11,07)* [0,82]	(-1,93) [-1,00]	(-2,16)* [-1,00]	(-0,63) [-0,30]	(-3,48)* [-0,71]	(-5,77)* [-1,00]	(3,72)* [0,52]	(16,72)* [0,77]	(-0,64) [-1,00]	(-1,55) [-1,00]	(-2,67)* [-1,00]	(14,80)* [0,71]	(2,84)* [0,40]	(-1,62) [-0,63]	(-0,52) [-1,00]

Tabla VI.3. Relación entre algunas de las categorías del cliente y las funciones del terapeuta (Continuación).

Conductas dadas/ condicionadas (retardo)	Evoc.	Castigo	Ref. bajo	Ref. medio	Ref. alto	Ref. conv.	Disc. sin indicar	Disc. ind.	Disc. conv.	Disc. Fallido	Inst. dentro	Inst. fuera	Info.	Mot.	Otras	Chat.
Fracaso (+1)	(-0,11) [-1,00]	(12.69)* [0,89]	(-0,43) [-0,21]	(0,06) [0,02]	(0,25) [0,13]	(2,00)* [0,30]	(0,34) [0,05]	(-1,18) [-1,00]	(-2,65)* [-1,00]	(-0,41) [-1,00]	(-1,00) [-1,00]	(1,27) [0,28]	(2,20)* [0,28]	(-0,74) [-0,35]	(3,15)* [0,55]	(-0,33) [-1,00]
Fracaso (-1)	(-0,11) [-1,00]	(0,24) [0,12]	(-1,25) [-1,00]	(-1,39) [-1,00]	(-0,88) [-1,00]	(3,97)* [0,47]	(-0,32) [-0,05]	(-0,33) [-0,16]	(-2,65)* [-1,00]	(-0,41) [-1,00]	(0,01) [0,00]	(-0,52) [-0,18]	(-1,96) [-0,41]	(-1,44) [-1,00]	(3,15)* [0,56]	(-0,34) [-1,00]
Malestar (+1)	(2,41)* [0,80]	(11,01)* [0,68]	(0,67) [0,08]	(0,79) [0,08]	(-2,23)* [-0,62]	(5,92)* [0,28]	(6,84)* [0,27]	(1,39) [0,16]	(-8,77)* [-1,00]	(0,12) [0,04]	(-1,76) [-0,37]	(-2,94)* [-0,36]	(0,45) [0,02]	(-1,28) [-0,16]	(6,85)* [0,46]	(-0,14) [-0,07]
Malestar (-1)	(-0,37) [-1,00]	(-1,91) [-0,48]	(-4,12)* [-1,00]	(-1,89) [-0,27]	(-1,51) [-0,36]	(4,10)* [0,21]	(0,96) [0,04]	(-1,28) [-0,20]	(-5,12)* [-0,44]	(0,87) [0,25]	(-2,38)* [-0,57]	(-4,02)* [-0,56]	(-8,22)* [-0,57]	(-3,44)* [-0,58]	(11,51)* [0,60]	(-0,20) [-0,10]

Evoc.= Función evocadora; Ref.= Función de refuerzo; Disc.= Función discriminativa; Ind.= Modificador indicando la dirección deseada de la respuesta; Conv.= Modificador conversacional; Inst.= Función Instructora; Info.= Función informativa; Mot.= Función motivadora; Chat.= Chatting.
Significativo tomando en consideración α= 0,01.
Valores en cada celda: (*Residuos ajustados*)/ [*Q* de Yule]
Celdas sombreadas: las tres relaciones positivas más altas para cada categoría del cliente tomando en consideración la *Q* de Yule

Por otro lado el psicólogo después de los contenidos del cliente categorizados como *Fracaso* emite verbalizaciones, sobre todo, con *Función de castigo,* también verbalizaciones no pertenecientes a ninguna función, por lo tanto registradas como *Otras* y en menor medida emisiones con *Función de refuerzo conversacional*. Si observamos el retardo -1 para estos contenidos del cliente encontramos que, con una probabilidad mayor que la esperada por azar, el psicólogo presenta verbalizaciones registradas como *Otras* o como *Función de refuerzo conversacional*. Estas mismas categorías del terapeuta quedan representadas como las únicas que muestran asociaciones positivas para la categoría de *Malestar* del cliente como antecedentes de la misma. Finalmente, la conducta verbal del psicólogo más probable tras los contenidos de *Malestar* es la registrada como *Función evocadora* y, en menor medida, como *Función de castigo* y *Otras*.

3.2. Análisis de relaciones secuenciales del comportamiento de terapeuta y cliente.

En este apartado se presentan los resultados realizados para contrastar las 5 hipótesis expuestas en el bloque 2 de la introducción. En primer lugar, para abordar el estudio de las 4 primeras, se agruparon las categorías del cliente *Bienestar, Logro, Seguimiento de instrucciones dentro de sesión, Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión y Descripción del seguimiento de instrucciones fuera de sesión* en una sola categoría: verbalizaciones *pro-terapéuticas.* Se procedió de la misma manera para los contenidos del cliente codificados como *Malestar, Fracaso, No seguimiento de instrucciones dentro de sesión, Anticipación del no seguimiento fuera de sesión* y *Descripción del no seguimiento fuera de sesión* que quedaron agrupadas como verbalizaciones *anti-terapéuticas.* Por otro lado, para un mayor conocimiento de los resultados obtenidos nos interesó juntar las emisiones del cliente registradas como *Proporcionar información, Solicitar información, Mostrar aceptación, Mostrar*

desacuerdo y *Reacción emocional* para formar la categoría *Verbalizaciones neutras*. Estos tres nuevos códigos supraordenados constituyeron las conductas dadas para el estudio mientras que las *Funciones de refuerzo alto/medio/bajo* y *conversacional* y la *Función de castigo* fueron las conductas condicionadas para el análisis de las asociaciones siempre con retardo +1. Los resultados obtenidos tras las pruebas de significación se pueden observar en la tabla VI.4.

Tabla VI. 4. Relación entre las verbalizaciones pro/*anti-terapéuticas* y *neutras* con los diferentes modificadores de la *Función de refuerzo* y con la *Función de castigo*.

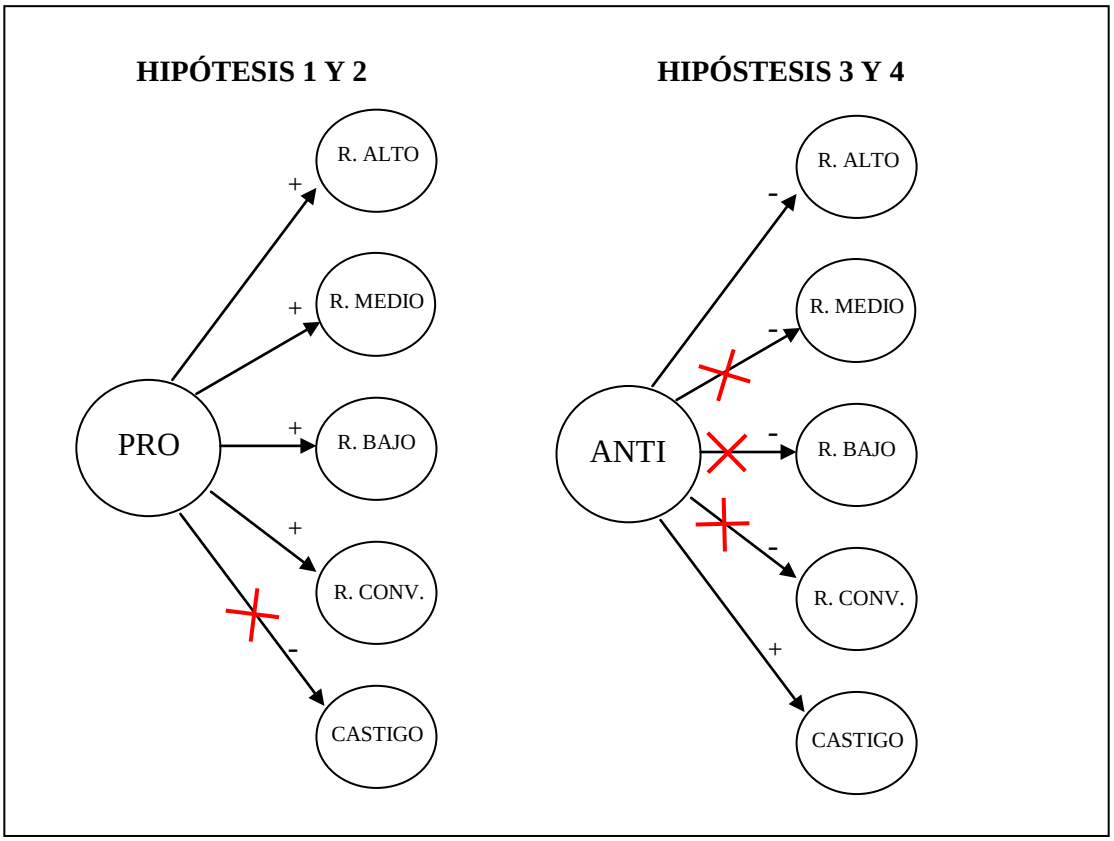
Conductas dadas/ condicionadas (retardo)	Refuerzo alto	Refuerzo medio	Refuerzo bajo	Refuerzo conversacional	Castigo
Verbalizaciones pro-terapéuticas (+1)	(21,76)* [*Q* = 0,79]	(22,24)* [*Q* = 0,69]	(4,03)* [*Q* = 0,27]	(12,59)* [*Q* = 0,38]	(-1,95) [*Q* = -0,30]
Verbalizaciones anti-terapéuticas (+1)	(-2,23)* [*Q* = -0,54]	(0,55) [*Q* = 0,05]	(0,60) [*Q* = 0,07]	(5,67)* [*Q* = 0,25]	(16,67)* [*Q* = 0,76]
Verbalizaciones neutras (+1)	(13,58)* [*Q* = 0,61]	(25,44)* [*Q* = 0,71]	(29,61)* [*Q* = 0,87]	(62,14)* [*Q* = 0,86]	17,49* [*Q* = 0,75]

Significativo tomando en consideración α= 0,01.
Valores en cada celda: (*Residuos ajustados*)/ [*Q* de Yule]
Celdas sombreadas: Relación positiva más alta para cada grupo de categorías del cliente tomando en consideración la *Q* de Yule

En la tabla anterior se muestran relaciones significativas positivas entre las verbalizaciones *pro-terapéuticas* y todos los modificadores de la *Función de refuerzo*, tal y cómo planteábamos en la hipótesis 1. Sin embargo, en relación a la hipótesis 2, no hay ni más ni menos probabilidad de la esperada de que se dé una *Función de castigo* después de éste tipo de verbalizaciones del cliente. Por su parte, respecto a las hipótesis 3 y 4, encontramos que después de las verbalizaciones *anti-terapéuticas* existe una asociación positiva significativa con la *Función de castigo* del terapeuta y negativa con la *Función de refuerzo alto*. En contra de lo esperado estas verbalizaciones no presentan asociaciones significativas negativas con los modificadores *medio* y *bajo* de la *Función de refuerzo* e incluso muestran una relación positiva con el modificador *conversacional*. La representación gráfica de estos resultados se puede encontrar

en la figura VI.1 en forma de diagramas de transición, en los que las cruces en las flechas indican que esas asociaciones o no fueron significativas o lo fueron en la dirección contraria a la esperada teniendo en cuenta el retardo indicado, mientras que la ausencia de cruces señala la significación estadística en la dirección esperada.

Figura VI.1. Diagramas de transición de las relaciones significativas planteadas en las hipótesis 1, 2, 3 y 4 con retardo +1 entre las verbalizaciones *pro/ anti-terapéuticas* y las *Funciones de refuerzo* y *castigo*.



PRO= verbalizaciones pro-terapéuticas; R= Función de refuerzo; Conv.= modificador conversacional; ANTI= verbalizaciones anti-terapéuticas.
+/- = Hacen referencia a la dirección en la que se estudia esa asociación. Cuando ponemos el signo positivo nos referimos a la probabilidad de que cuando aparece la conducta dada se presente la condicionada; el signo negativo representa la probabilidad significativa de que tras la conducta dada no aparezca la condicionada.

Respecto a las verbalizaciones neutras en relación al objetivo terapéutico encontramos que presentan asociaciones significativas positivas con todos los modificadores de la *Función de refuerzo* y con la *Función de castigo*. Para un estudio más concreto de las relaciones presentadas en la figura anterior se comprobó la asociación de cada una de las categorías que forman el grupo de

verbalizaciones *pro-terapéuticas* y *anti-terapéuticas* por separado con las funciones del terapeuta estudiadas. Se presentan los resultados en la tabla VI.5.

Tabla VI.5. Relación entre las categorías pertenecientes a las verbalizaciones *pro* y *anti-terapéuticas* con los diferentes modificadores de la *Función de refuerzo* y con la *Función de castigo*.

Conductas dadas/ condicionadas (retardo)	REF bajo	REF medio	REF alto	REF conv	Castigo
Logro (+1)	(1,80) [*Q* = 0,26]	(17,86)* [*Q* = 0,78]	(12,26)* [*Q* = 0,78]	(12,41)* [*Q* = 0,58]	(-1,95) [*Q* = -1,00]
Bienestar (+1)	(-0,72) [*Q* = -0,18]	(10,97)* [*Q* = 0,70]	(12,50)* [*Q* = 0,81]	(5,57)* [*Q* = 0,39]	(-1,73) [*Q* = -1,00]
Seguimiento dentro de sesión (+1)	(-0,12) [*Q* = -0,02]	(4,82)* [*Q* = 0,43]	(4,27)* [*Q* = 0,51]	(-2,18)* [*Q* = -0,20]	(0,99) [*Q* = -0,10]
Anticipación seguimiento (+1)	(5,36)* [*Q* = 0,54]	(4,23)* [*Q* = 0,45]	(5,15)* [*Q* = 0,61]	(3,71)* [*Q* = 0,28]	(-1,21) [*Q* = -0,52]
Descripción seguimiento (+1)	(2,90)* [*Q* = 0,37]	(11,51)* [*Q* = 0,70]	(14,61)* [*Q* = 0,82]	(9,28)* [*Q* = 0,51]	(-0,78) [*Q* = -0,27]
Fracaso (+1)	(-0,43) [*Q* = -0,21]	(0,06) [*Q* = 0,02]	(0,25) [*Q* = 0,13]	(2,00)* [*Q* = 0,30]	(12,69)* [*Q* = 0,89]
Malestar (+1)	(0,67) [*Q* = 0,08]	(0,79) [*Q* = 0,08]	(-2,23)* [*Q* = -0,62]	(5,92)* [*Q* = 0,28]	(11.01)* [*Q* = 0,68]
No seguimiento de instrucciones dentro (+1)	(-0,43) [*Q* = -1,00]	(-0,48) [*Q* = -1,00]	(-0,31) [*Q* = -1,00]	(-0,95) [*Q* = -1,00]	(6.23)* [*Q* = 0,93]
Anticipación del no seguimiento (+1)	(-0,47) [*Q* = -1,00]	(1,42) [*Q* = 0,59]	(-0,33) [*Q* = -1,00]	(0,02) [*Q* = 0,01]	(11.70)* [*Q* = 0,96]
Descripción del no seguimiento (+1)	(0,81) [*Q* = 0,28]	(-1,21) [*Q* = -1,00]	(-0,77) [*Q* = -1,00]	(-1,01) [*Q* = -0,28]	(4.45)* [*Q* = 0,76]

Significativo tomando en consideración α= 0,01.
Valores en cada celda: (*Residuos ajustados*)/ [*Q* de Yule]
Celdas sombreadas: Relación positiva más alta para cada grupo de categorías del cliente tomando en consideración la *Q* de Yule

Tal y como observamos en la tabla las relaciones significativas positivas entre cada una de las categorías pertenecientes a las verbalizaciones *pro-terapéuticas* aparecen prácticamente con todos los modificadores de la *Función de refuerzo* del terapeuta, exceptuando las asociaciones entre la *Función de refuerzo bajo* y las verbalizaciones de *Logro, Bienestar* y *Seguimiento de instrucciones dentro de sesión* que se dan con una probabilidad ni mayor ni menor de la esperada. En todos los casos, atendiendo a la *Q* de Yule, la relación más fuerte presentada por cada una de las verbalizaciones pertenecientes a este grupo es con la *Función de refuerzo alto* y en el caso de las verbalizaciones de *Logro* con ésta y con la *Función de refuerzo medio*. Por su parte, no encontramos para

ninguna de las verbalizaciones *pro-terapéuticas* una relación negativa con la *Función de castigo* en contra de lo que anticipábamos al principio del estudio.

Respecto a las asociaciones negativas que planteábamos entre las verbalizaciones *anti-terapéuticas* y los modificadores de la *Función de refuerzo* únicamente la encontramos entre los contenidos de *Malestar* del cliente y la *Función de refuerzo bajo*. Incluso se muestran relaciones positivas significativas entre los contenidos de *Malestar* y *Fracaso* con la *Función de refuerzo conversacional*, asociaciones totalmente contrarias a las que cabría esperar inicialmente. Para todas las verbalizaciones del cliente pertenecientes a este grupo la relación positiva más alta se da con la *Función de castigo* del terapeuta.

Con el objetivo de dar respuesta a la quinta de nuestras hipótesis, la referente a las secuencias de tres términos, utilizamos la opción de generar *cadenas* con nuestras categorías iniciales. Gracias a esta herramienta podemos crear una nueva variable que se define por la aparición de una secuencia de códigos que nosotros hayamos definido previamente. Posteriormente estudiaremos la probabilidad de transición de orden 2 entre dichas cadenas y algunas de las categorías referentes a la conducta verbal del terapeuta. De esta manera, queremos comprobar si dan con una probabilidad mayor de la esperada por azar las siguientes secuencias de tres términos:

- *Función discriminativa indicando o sin indicar- Verbalización pro-terapéutica- Función de refuerzo* (cualquiera de sus modificadores).
- *Función discriminativa indicando o sin indicar- Verbalización anti-terapéutica- Función de castigo.*

Previamente a la realización de dichas cadenas llevamos a cabo otra modificación en nuestros datos, agrupando los dos modificadores de la *Función discriminativa* que resultaban relevantes para el estudio de tres términos que pretendíamos llevar a cabo: *Función discriminativa sin indicar la dirección deseada de la respuesta* y *Función discriminativa indicando*. Las cadenas

quedaron posteriormente definidas por esta agrupación de la *Función discriminativa* más las verbalizaciones de los clientes en sus contenidos *pro-terapéuticos* y *anti-terapéuticos*. Finalmente estas cadenas constituyeron las conductas dadas de nuestro estudio mientras que las *Funciones de refuerzo alto/medio/bajo* y *conversacional* y la *Función de castigo* fueron las conductas condicionadas para el análisis de las asociaciones siempre con retardo +1. Los resultados obtenidos tras las pruebas de significación se pueden observar en la tabla VI.6.

Tabla VI.6. Secuencias conductuales de tres términos.

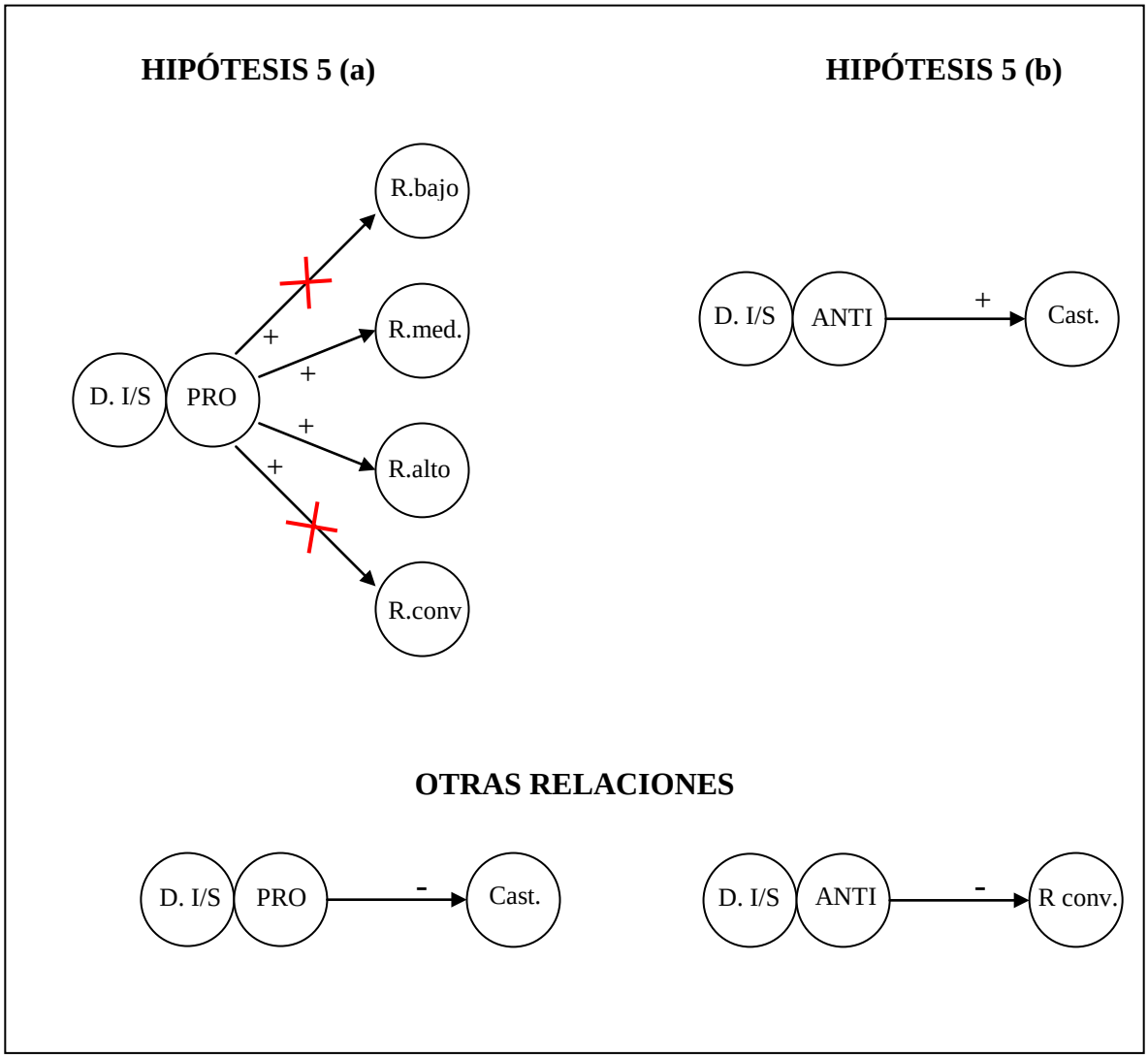
Conductas dadas/ Condicionadas (retardo)	Refuerzo bajo	Refuerzo medio	Refuerzo alto	Refuerzo conversacional	Castigo
Disc. (Ind.+ Sin.)/ Pro-terapéuticas (+1)	(1,05) [*Q* = 0,14]	(7,13)* [*Q* = 0,51]	(6,75)* [*Q* = 0,60]	(-0,19) [*Q* = -0,01]	(-2,47)* [*Q* =-1,00]
Disc. (Ind.+ Sin.)/ Anti-terapéuticas (+1)	(0,93) [*Q* = 0,16]	(-1,87) [*Q* = -0,48]	(-1,85) [*Q* = -1,00]	(-3,07)* [*Q* = -0,39]	(3,58)* [*Q* = 0,50]

Significativo tomando en consideración α= 0,01.
Disc. (Ind.+ Sin.)= agrupación de funciones discriminativa sin indicar e indicando la dirección deseada de la respuesta.
Valores en cada celda: (*Residuos ajustados*)/ [*Q* de Yule]
Celdas sombreadas: Relación positiva más alta para cada grupo de categorías del cliente tomando en consideración la *Q* de Yule

Los resultados muestran que después de la secuencia relativa a los contenidos *pro-terapéuticos* el terapeuta emite con una probabilidad mayor de la esperada por azar verbalizaciones con *Función de refuerzo medio* y *alto y* con probabilidades no significativas las *Funciones de refuerzo bajo* y *conversacional*. Por otro lado, aunque no estuviera planteado en las hipótesis nos parece interesante señalar la relación negativa que presenta esta cadena con la *Función de castigo* del terapeuta, asociación que retomando los datos de la tabla VI.4 no se daba teniendo únicamente en cuenta la probabilidad de transición de orden 1 entre las verbalizaciones *pro-terapéuticas* y dicha función. Por su parte, la cadena que respecta a las verbalizaciones *anti-terapéuticas* muestra una relación significativa positiva con la *Función de castigo* y asociaciones no significativas con los diferentes modificadores de la *Función de refuerzo* exceptuando el caso de la

Función de refuerzo conversacional; independientemente de la significación con dirección inversa que había mostrado ésta en los análisis anteriores (tabla VI.4) en este caso presenta una relación negativa con la cadena estudiada, tal como se representa en la figura VI.2.

Figura VI.2. Diagramas de transición de las relaciones significativas de las cadenas de tres términos con retardo +1.



D. I/S= agrupación de funciones discriminativa sin indicar la dirección deseada de la respuesta e indicando; PRO= verbalizaciones pro-terapéuticas; R= Función de refuerzo; Med.= modificador medio; Conv.= modificador conversacional; ANTI= verbalizaciones anti-terapéuticas; Cast.= Función de castigo.
+/- = Hacen referencia a la dirección en la que se estudia esa asociación. Cuando ponemos el signo positivo nos referimos a la probabilidad de que cuando aparece la conducta dada se presente la condicionada; el signo negativo representa la probabilidad significativa de que tras la conducta dada no aparezca la condicionada.

4. DISCUSIÓN

Tras los resultados presentados consideramos que una de las primeras conclusiones a resaltar es la conveniencia de este tipo de aproximaciones que estudian la interacción en terapia momento a momento. En líneas generales el análisis secuencial realizado aporta información relevante en diferentes áreas: en primer lugar refleja la evidencia de la interrelación entre las conductas del terapeuta y del cliente; tal y cómo señalábamos en la introducción cabía esperar que todo aquello que hace el emisor de la conducta verbal en terapia influya en su receptor y viceversa, y las pruebas globales realizadas ratifican estas premisas. Por otro lado, el trabajo presentado nos ha permitido responder a muchos de los interrogantes abiertos en los estudios previos, en los que el análisis independiente de cada uno de los protagonistas de la terapia había generado un amplio número de incógnitas. Finalmente, hemos podido comprobar la existencia de algunos de los patrones secuenciales del comportamiento verbal de terapeutas y clientes tal y cómo planteábamos al inicio del capítulo.

En relación a las preguntas generadas a lo largo de los estudios anteriores, el análisis secuencial realizado con el fin de explorar las asociaciones entre las conductas planteadas en el bloque 1 de este trabajo nos ha aportado información relevante al respecto de las mismas, clarificando su papel en el proceso terapéutico. Los porcentajes tan altos de aparición de las verbalizaciones del cliente cuyo contenido es *Proporcionar información* hicieron que nos planteáramos que ocurre antes y después de dichas verbalizaciones. Tal y cómo se presenta en los resultados, probablemente la emisión masiva de esta categoría a lo largo de la terapia provoca que encuentre asociaciones significativas con casi todos las verbalizaciones del terapeuta, pero nos parece muy interesante recalcar que dos de las emisiones del psicólogo que presentan relaciones más fuertes son la *Función de refuerzo bajo* y la *Función de refuerzo conversacional*. Esto podría estar indicando que el clínico verbaliza estos modificadores de la *Función de refuerzo* en momentos en los que el cliente aporta información para la terapia, mostrando su aprobación al respecto y aumentando las probabilidades de que el

cliente continúe con este tipo de verbalizaciones. Por otro lado, otra de las categorías del terapeuta que aparece con una relación más alta posterior a este tipo de contenidos es la *Función de castigo*, lo que ha supuesto uno de los datos más sorprendentes de este primer bloque de exploración ya que, en principio, el tipo de información que aporta el cliente para introducirlo en esta categoría debería ser absolutamente neutro y descriptivo, poco susceptible por lo tanto a la desaprobación por parte del terapeuta. Aunque este tipo de resultados estimulan nuestro interés por la depuración de la codificación del cliente y concretamente por el análisis más fino de la categoría *Proporcionar información*, tal y cómo indicábamos en el estudio anterior no podemos dejar de plantear una posible explicación de este resultado: puede ocurrir que el psicólogo intente cortar una información excesivamente prolija y redundante y dirigir la obtención de información hacia contenidos que considere de mayor interés. Por su parte, atendiendo a las conductas emitidas por el psicólogo antes de este tipo de verbalizaciones encontramos claramente destacada la categoría *Función discriminativa sin indicar la dirección deseada de la respuesta*. Este dato, en la línea de las *operaciones conductuales básicas* presentadas por Pérez (1996) en las que listaba la disposición del control antecedente como una de ellas, parece que se relaciona con la introducción por parte del terapeuta de estímulos que afecten a la aparición de determinadas conductas. Tal y cómo apuntábamos en el estudio empírico 1, el terapeuta verbalizaría esta categoría, sobre todo, en momentos de *evaluación* buscando promover la aparición de información por parte de los clientes. En menor medida, las otras dos conductas del terapeuta que muestran una asociación más fuerte como comportamientos previos a *Proporcionar información* son la *Función de refuerzo conversacional* y *Otras*. En el caso de la primera, esto puede estar señalando que estos contenidos del cliente suelen ser presentaciones largas de información a las que el terapeuta va mostrando periódicamente su aprobación, haciendo de esta manera explícito que continúa atendiendo el discurso del cliente. Respecto a la categoría *Otras* consideramos que su relación como verbalización previa a *Proporcionar información* se relaciona con la definición de esta conducta del terapeuta, ya que uno de sus

criterios de categorización se refiere a momentos en los que las verbalizaciones del terapeuta no se presenten en su totalidad al ser cortadas por los contenidos del cliente, circunstancia que suele presentarse más a menudo en fragmentos en los que el cliente ocupa mayores tiempos de habla de la sesión, casi siempre verbalizando este tipo de contenidos.

Una de las circunstancias más particulares dentro de nuestro planteamiento global del proceso terapéutico se da cuando el cliente momentáneamente toma la iniciativa y pide algún tipo de aclaración mediante los contenidos registrados como *Solicitar información*. Hemos encontrado que las conductas del terapeuta que más se relacionan con este tipo de emisión son, por orden, la *Función instructora fuera de sesión*, *Otras* y *Función discriminativa conversacional*; teniendo en cuenta que ésta última tiene una hipotética función de comprobación posterior a las categorías estado del terapeuta para ratificar que el cliente ha comprendido la información emitida, consideramos que estos datos están reflejando la relevancia del uso de este tipo de preguntas ya que, tal y como se muestra, dan pie al cliente para pedir nuevas aclaraciones de la información presentada. Por otro lado, dentro de las categorías estado, la que implica mayor número de dudas para los clientes es la relativa a las instrucciones pautadas para fuera de la sesión, lo que puede ser hasta cierto punto lógico, ya que el cliente busca un entendimiento total de las tareas que se programan para la semana, teniendo en cuenta que el terapeuta no va a estar presente durante su realización para informar o aclarar dichas instrucciones. Por último, el hecho de que el cliente solicite información después de la aparición de un *Otras* del terapeuta tiene una clara explicación en que este tipo de emisiones del terapeuta se definen, entre otras cosas, por ser verbalizaciones que están cortadas o que no se entienden bien. En relación a las conductas del psicólogo emitidas una vez que el cliente presenta su petición de aclaración encontramos que, sobre todo, responde con las *Funciones instructora fuera de sesión* e *informativa*. En el caso de la primera, parece que en cierto modo se cierra el círculo en el que el cliente, tal y cómo indicábamos, suele preguntar tras este tipo de verbalizaciones del terapeuta y éste devuelve esta información formulada de otra manera para una mejor comprensión.

El hecho de que la verbalización más emitida por el terapeuta posteriormente a un contenido de *Solicitar información* sea la *Función informativa* nos devuelve a las conclusiones obtenidas en el estudio empírico 1; en dicho estudio veíamos que estas dos categorías aparecen sobre todo en momentos de *explicación* de la terapia, periodos en los que el terapeuta adopta un rol más docente exponiendo el análisis funcional y la propuesta de tratamiento y en los que es más habitual encontrar dudas por parte del cliente, que son aclaradas mediante la presentación de la *Función informativa*.

Tal y cómo señalábamos en el estudio anterior las respuestas del cliente pertenecientes a las categorías *Mostrar aceptación* y *Mostrar desacuerdo* presentaban relaciones ambiguas con el resultado terapéutico. Al explorar los antecedentes y consecuentes de las mismas encontramos que, para el caso de la primera, las principales conductas previas son la *Función discriminativa conversacional* y la *Función discriminativa indicando la dirección deseada de la respuesta,* lo que nos indica que esta categoría del cliente aparece, sobre todo, para confirmar que se ha entendido la verbalización anterior del terapeuta o para ratificar el hilo del debate socrático o la pregunta que hubiera realizado el psicólogo. Al examinar las conductas posteriores a la categoría *Mostrar aceptación* podemos observar que el terapeuta presenta en numerosas ocasiones las funciones estado *Informativa* e *Instructora fuera de sesión,* lo que nos hace pensar que este tipo de secuencias *Función discriminativa conversacional-Mostrar aceptación* esté, casi siempre, incluida entre las diferentes funciones estado del terapeuta. Otra de las conductas posteriores a este contenido del cliente es la *Función de refuerzo bajo,* lo que parece indicar que la secuencia detallada anteriormente en numerosas ocasiones se cierra con la muestra por parte del terapeuta de su aprobación ante la respuesta previa. De la misma manera, el contenido paralelo del cliente, *Mostrar desacuerdo,* en numerosas ocasiones se ve seguido de la *Función de castigo* por parte del psicólogo, el cual muestra su desaprobación ante el desacuerdo del cliente. Esta categoría también tiene su mayor protagonismo contingentemente a la aparición de las funciones estado, siendo principalmente las conductas previas a la misma la *Función informativa* y

la *Función discriminativa conversacional*, además de la *Función de castigo* ante la que el cliente, en numerosas ocasiones, muestra su desaprobación. Parece, con todos estos datos, que uno de los patrones secuenciales que empieza a cobrar forma se define por la presentación de funciones estado por parte del terapeuta, seguidas de preguntas de comprobación por parte del mismo que una vez respondidas por parte del cliente continúan, o bien con la extensión de la función estado inicial o con la aparición de un estímulo reforzante o punitivo según considere el terapeuta. No podemos olvidar en este punto que las funciones estado a las que hacemos mención son cualitativamente diferentes a las funciones evento, son bloques de información, instrucciones o verbalizaciones motivadoras susceptibles de ser fragmentadas o detenidas en nuestro estudio y nuestra explicación; acciones imposibles de plantear para las categorías evento que, como unidades concretas en si mismas, no permiten este tipo de análisis. Este patrón secuencial detectado aparecería sobre todo en las sesiones en las que el terapeuta *explica* ya sea el análisis funcional, la propuesta de tratamiento, alguna técnica para su entrenamiento o las pautas para la semana.

Finalmente, las últimas verbalizaciones del cliente que pretendíamos explorar mediante el análisis secuencial eran las de *Malestar* y *Fracaso*, las cuales, en contra de lo que esperábamos, aumentaban en las sesiones en las que el terapeuta *consolidaba* los objetivos alcanzados. Inicialmente, no nos resultó sorprendente encontrarnos con que estos dos contenidos del cliente aparecieran como conductas previas de la *Función de castigo* del terapeuta, parece por lo tanto, que en muchas ocasiones el clínico sí muestra su desaprobación ante respuestas desadaptativas del cliente, pero que esta hipotética función punitiva no surge su efecto como detallaremos más adelante en relación a la hipótesis 3 de este estudio. Por otro lado, obtuvimos otros datos que pueden estar explicando el aumento de este tipo de emisiones: en primer lugar nos encontramos que, para el caso del *Fracaso*, una de las conductas previas que más aparecía era lo propia *Función de castigo* del terapeuta, lo que puede estar apuntando que el cliente considerase negativamente las desaprobaciones del psicólogo como nuevas problemáticas que sirvieran de precedente para seguir verbalizando diferentes

Fracasos. En segundo lugar, nos resultó muy sorprendente que alguna de las conductas del psicólogo que más aparecieran previa y posteriormente a este tipo de emisiones del cliente fuera registradas como *Función de refuerzo conversacional*, lo que quizás esté indicando que el clínico en su énfasis por reforzar el discurso del cliente perdiera de vista la relevancia de mostrar su desaprobación ante este tipo de contenidos con el fin último de disminuirlos. Esta última idea se relaciona con otro de los datos más inesperados en la exploración de los antecedentes y consecuentes de estos contenidos: que se presenten entre conductas del terapeuta registradas como *Otras.* Parece, por lo tanto, que en momentos de la terapia en los que se dan estas emisiones, el psicólogo no supiera como atajarlas y emitiera verbalizaciones con funciones contradictorias, lo que puede estar relacionado, a su vez, con la inclusión de terapeutas de poca experiencia en nuestra muestra que, como explicamos en estudios previos del grupo de investigación (Montaño, 2008), fueran más reticentes a aplicar contingencias punitivas antes las emisiones del cliente.

El segundo bloque de estudio llevado a cabo consistió en la comprobación de las diferentes hipótesis planteadas al inicio del capítulo, lo que ha permitido detectar nuevos patrones secuenciales del comportamiento verbal en terapia. Retomando la figura VI. 1 encontramos que las hipótesis 1 y 3 se cumplen en todos los casos, es decir, que ante la aparición de verbalizaciones *pro-terapéuticas* el terapeuta emite los diferentes modificadores de la *Función de refuerzo* y, ante las verbalizaciones *anti-terapéuticas* el psicólogo reacciona verbalizando la *Función de castigo*. Queremos detenemos en el análisis más detallado de la primera de las hipótesis retomando los resultados obtenidos en el estudio empírico anterior, en el que se mostraba que algunas de las categorías pertenecientes al grupo de *pro-terapéuticas*, concretamente *Bienestar* y *Logro*, aumentaban significativamente cuando comparábamos sus promedios entre los periodos de *evaluación- consolidación* e incluso entre *tratamiento – consolidación*. Atendiendo a la tabla VI. 5 encontramos que justamente esas dos categorías del cliente, junto con la *Descripción del seguimiento de instrucciones fuera de sesión*, son las que presentan relaciones más fuertes con los modificadores *medio* y *alto*

de la *Función de refuerzo*. Parece, por tanto, que estos últimos datos pueden estar haciendo referencia a la posibilidad de que algunas de las verbalizaciones del cliente que muestran un mayor progreso a lo largo de la terapia, aumenten influidos por la aplicación de los modificadores más altos de la *Función de refuerzo,* resultados que han sido encontrados previamente por otros grupos de investigación (Busch et al., 2009; Callaghan et al., 2003; Karpiak y Benjamin, 2004). Por supuesto, sabemos que tenemos que realizar estas afirmaciones con cautela, ya que no podemos comprobar el efecto de nuestras hipotéticas funciones por completo en una investigación como la que aquí se presenta, donde no es posible aislar el efecto de estas verbalizaciones del terapeuta de otras con diferente "función" y de otras muchas variables que pudieran estar interviniendo. Pero, aún teniendo en cuenta estas reservas, consideramos que este tipo de investigaciones nos permiten dar un paso más en el análisis de los procesos de aprendizaje que se dan en terapia y que podemos empezar a indicar que estas emisiones del clínico parecen estar influyendo en la probabilidad de respuesta de la verbalización contingente del cliente. Por otro lado, en nuestra pretensión por aislar todo lo posible este hipotético efecto de las verbalizaciones con *Función de refuerzo* queremos resaltar la línea que se abre gracias al estudio discriminado de los diferentes modificadores planteados para la misma. Nos parece especialmente relevante el hecho de que los modificadores que a priori muestran una aprobación más potente, el modificador *medio* y, sobre todo, el *alto,* sean los que presentan asociaciones más fuertes con este tipo de verbalizaciones *pro-terapéuticas,* lo que abre un nuevo camino en nuestra investigación en el que tendremos que realizar un análisis específico de estos modificadores teniendo en cuenta las variaciones en las verbalizaciones del cliente. Hasta el momento, la decisión de etiquetar los diferentes niveles del refuerzo se basaba en nuestro conocimiento clínico y no en el estudio de su funcionalidad, a priori nos parecía lógico que la verbalización "*Excelente*" del psicólogo pudiera ser más reforzante que emisiones como "*Bien*", pero las grandes diferencias presentadas en los resultados entre los niveles de los modificadores provoca que queramos ir más allá y avanzar en el estudio funcional de dichos modificadores. Comprobar si realmente ese "*Excelente*" del clínico

aumenta con mayor probabilidad la emisión de la respuesta anterior que un "*Bien*" nos daría muchas pistas para desarrollar de manera más eficiente el proceso de moldeamiento llevado a cabo en sesión. Este interés en distinguir el efecto de los diferentes niveles de la *Función de refuerzo* se ve además avalado por los datos presentados en la tabla VI. 4 en los que las verbalizaciones *neutras* muestran las asociaciones más fuertes con los modificadores *bajo* y *conversacional.* Quizás el terapeuta esté mostrando su acuerdo con dos fines muy distintos: en el caso de estos últimos modificadores el objetivo puede ser el de reforzar el discurso, mostrando su aprobación simplemente al hecho de que el cliente esté verbalizando cualquier emisión, mientras que las verbalizaciones pertenecientes a los niveles *medio* y *alto* de la *Función de refuerzo* pueden estar siendo utilizados para mostrar su aprobación al contenido explícito que el cliente acabe de emitir. Finalmente, en lo que al estudio de dos términos con la *Función de refuerzo* como conducta posterior al contenido del cliente se refiere, queremos añadir lo que sucede con las categorías relacionadas con el seguimiento de instrucciones*;* nos parece muy interesante el hecho de que el terapeuta tampoco pierda la oportunidad de mostrar su aprobación ante el *Seguimiento de instrucciones dentro de sesión* y ante los modificadores de *Anticipación* y la *Descripción del seguimiento de instrucciones fuera de sesión.* Las dos primeras categorías aparecen, sobre todo, en momentos en los que las principales *actividades relevantes del terapeuta* son la *explicación* y/o el *tratamiento,* parece, por lo tanto, que en dichos fragmentos de la terapia el psicólogo emite verbalizaciones con *Función de refuerzo,* principalmente *alto,* para fomentar que el cliente continúe entrenando las técnicas dentro de sesión o para que anticipe el cumplimiento de las tareas pautadas para la semana. Por su parte, encontramos que la *Descripción del seguimiento de instrucciones fuera de sesión* es la que presenta una asociación más fuerte con la *Función de refuerzo alto* y a su vez, aumenta progresivamente a lo largo del tratamiento, lo que ratificaría los posibles efectos de las verbalizaciones con *Función de refuerzo* a los que hacíamos referencia más arriba.

Tal y cómo citábamos anteriormente, la hipótesis 3 planteada al inicio del capítulo también se cumple, en la figura VI.1 podemos observar que las verbalizaciones *anti-terapéuticas* van seguidas de emisiones con *Función de castigo* por parte del terapeuta. Si atendemos a la tabla VI.5 podemos llevar a cabo un análisis más detallado de estos datos al observar que el psicólogo emite esta hipotética función punitiva después de todas las categorías incluidas en el grupo de *anti-terapéuticas.* Tal y cómo veíamos en el estudio anterior, las verbalizaciones relacionadas con el no seguimiento de instrucciones (*No seguimiento dentro de sesión*, *Anticipación del no seguimiento fuera de sesión* y *Descripción del no seguimiento fuera de sesión*) van disminuyendo a lo largo de la intervención y, sobre todo, en el periodo en el que el terapeuta cambia su actividad de *tratamiento* por la *consolidación* de objetivos. Esto puede estar indicando que, para estas categorías, la desaprobación del terapeuta tenga el efecto de disminuir la probabilidad de emisión futura de dichos contenidos. Aún así, son muchas las razones que nos hacen interpretar con mucha más cautela los datos presentados para la *Función de castigo*: en primer lugar, referente tanto a las categorías del cliente agrupadas como *anti-terapéuticas* como a la propia *Función de castigo,* encontramos promedios muy bajos en todos los casos que nos hacen tener más reservas con las conclusiones obtenidas y, en segundo lugar, los datos obtenidos para las categorías de *Fracaso* y *Malestar* nos indican que, a pesar de que el terapeuta muestre su desaprobación ante las mismas, dichas verbalizaciones van aumentando llegando a sus cifras más altas en los momentos de *consolidación.* De hecho, ha podido resultar sorprendente que incluyéramos estas dos categorías del cliente en esta hipótesis teniendo en cuenta que conocíamos el aumento progresivo de sus promedios desde el estudio anterior y que la *Función de castigo* sólo podrá ser así denominada si se relaciona con una disminución en la probabilidad de emisión de las respuestas contingentes al mismo. La decisión de seguir incluyendo este tipo de verbalizaciones del cliente en relación al estudio de esta hipotética función, tuvo que ver con nuestro convencimiento de que dichas categorías aparecerían asociadas y si esto era así debíamos profundizar en el estudio de las verbalizaciones desaprobatorias que no cumplen la función

pretendida por el clínico. De esta manera, las razones que consideramos que pueden estar explicando el efecto nulo de la *Función de castigo* sobre estas categorías son: en primer lugar, en lo que a la conducta del cliente se refiere, consideramos que este tipo de contenidos emitidos en las sesiones de *consolidación* pueden estar relacionados con la dependencia generada por la terapia, que se materializa en verbalizaciones que anticipan el malestar y el miedo del cliente ante la idea de enfrentarse por si sólo al contexto extra-clínico; por otro lado, creemos, tal y cómo explicábamos en el estudio empírico anterior, que la *Función de castigo* formulada por el terapeuta ante las verbalizaciones de *Malestar* puede estar compitiendo con las contingencias emitidas fuera de la clínica por la red social del cliente, que suele reforzar, tanto positiva como negativamente, este tipo de contenidos. Además, queremos añadir que la categoría de *Malestar* es una de las que presenta promedios más regulares a lo largo de la terapia, lo que puede estar indicando que a través de este tipo de contenidos el cliente expresa tanto su malestar inicial como el malestar generado por el desarrollo del tratamiento o por nuevas problemáticas, con lo que sería mucho más complicado encontrar un descenso en este tipo de verbalizaciones. Por su parte, respecto a la conducta del terapeuta, nos parece interesante recalcar, tal y cómo señalábamos al principio de la discusión, cuando explorábamos los antecedentes y los consecuentes de estos contenidos, que no sólo responde con la *Función de castigo* ante los mismos, si no que, a menudo, emite verbalizaciones registradas como *Otras* o como *Función de refuerzo conversacional*; esta falta de sistematicidad a la hora de aplicar las contingencias punitivas puede estar por debajo del efecto nulo de esta función. Finalmente, consideramos que el propio diseño del estudio puede estar complicando la comprobación del posible efecto que pudiera tener esta hipotética *Función de castigo*: al igual que las verbalizaciones de *Fracaso* y *Malestar* aumentan también lo hacen los promedios en esta función del terapeuta, que presenta sus puntuaciones más altas y regulares a lo largo de los periodos de *explicación,* de *tratamiento* y de *consolidación.* Esto implicaría que la única manera de comprobar si estas verbalizaciones del psicólogo están surtiendo el efecto esperado fuera estudiar las respuestas del

cliente en sesiones posteriores a la última registrada, algo que en muchas ocasiones resulta imposible atendiendo a la muestra empleada, ya sea porque la sesión utilizada fuera la última del tratamiento o porque las siguientes sesiones no estuvieran grabadas.

Por su parte, el planteamiento realizado en las hipótesis 2 y 4 en el que pretendíamos comprobar relaciones significativas negativas entre algunas de las categorías, no se ha visto cumplido en casi ninguno de los casos. Mediante la hipótesis 2 proponíamos estudiar la relación negativa entre las verbalizaciones *pro-terapéuticas* y la *Función de castigo*, es decir, la idea de que cada vez que el cliente emitiera una verbalización próxima a los objetivos terapéuticos, el psicólogo no respondiera con su desaprobación con una probabilidad mayor de la esperada por azar. Los datos presentados muestran que tanto para la agrupación de verbalizaciones *pro-terapéuticas* como para el análisis independiente de cada una de sus categorías esta relación no se da en ninguno de los casos. Consideramos que estos datos se ven estrechamente relacionados con la discusión planteada para la 3ª de las hipótesis, en la que hemos detallado la escasa aparición de la *Función de castigo* con la dificultad que esto conlleva para interpretar los datos y las dificultades mostradas por los terapeutas de nuestra muestra para hacer explícita su desaprobación y rechazo a los contenidos verbalizados por el cliente; quizás si los psicólogos registrados hubieran sido más sistemáticos en la aplicación de estas contingencias punitivas las relaciones negativas planteadas sí hubieran aparecido. Por su parte, en lo que a la hipótesis 4 se refiere, los resultados han sido muy ambiguos; el único modificador que cumple la premisa planteada es la *Función de refuerzo alto*, lo cual, en este caso sí, destaca la coherencia del clínico a la hora de aplicar los estímulos reforzantes hipotéticamente más potentes de forma sistemática, no apareciendo con una probabilidad mayor que la esperada por azar posteriormente a una verbalización *anti-terapéutica*. Los modificadores *medio* y *bajo* no cumplen la hipótesis planteada, lo que puede significar que para niveles menos potentes de la *Función de refuerzo* el terapeuta no sea tan sistemático. Pero, el dato más sorprendente fue el que relacionaba de manera positiva las verbalizaciones *anti-terapéuticas* con la *Función de refuerzo conversacional*; si

analizamos con detalle este resultado encontramos en la tabla VI.5 que en la comprobación pormenorizada por categorías las únicas que presentan esta relación positiva son las categorías de *Malestar* y *Fracaso,* lo que nos devuelve a la discusión planteada para las mismas anteriormente. Parece, que tras las verbalizaciones de estos contenidos el psicólogo no reaccionara siempre de la misma manera y que una de sus emisiones fuera reforzar el discurso en si mismo sin centrarse en el contenido que el cliente acaba de exponer. Por su parte, el hecho de que las categorías relacionadas con el no seguimiento de instrucciones no presenten esta relación positiva con la *Función de refuerzo conversacional* y que sean las que muestren un descenso en sus promedios entre *tratamiento* y *consolidación,* dota de un poquito más de fuerza a la idea de que la aplicación sistemática de las verbalizaciones con *Función de castigo* ante ciertas verbalizaciones pudiera fomentar su disminución progresiva.

Por último, el estudio secuencial de tres términos nos ha permitido comprobar la existencia de patrones de conducta entre terapeuta y cliente de una gran relevancia para el estudio del moldeamiento de las verbalizaciones del segundo en sesión. Retomando la figura VI.2 podemos observar las secuencias esperadas: *Función discriminativa sin indicar* o *indicando la dirección deseada de la respuesta*- Verbalizaciones *pro-/anti-terapéuticas*- *Función de refuerzo*/ *Función de castigo* respectivamente. En el caso de la primera de las secuencias la relación esperada se da en los modificadores *alto* y *medio* de la *Función de refuerzo,* lo que vuelve a poner de relieve la posibilidad de que estos dos niveles de la categoría sean específicamente utilizados por el psicólogo para mostrar su aprobación ante los contenidos que acercan al cliente al cambio clínico deseado, dejando los niveles *bajo* y *conversacional* para reflejar su aprobación simplemente ante el discurso del mismo. La segunda de las secuencias presenta la asociación entre las verbalizaciones *anti-terapéuticas* generadas por la *Función discriminativa* del clínico y la *Función de castigo* aplicada posteriormente por éste. Además de la comprobación de los planteamientos expuestos en las hipótesis el análisis de estas cadenas nos permitió observar dos relaciones de un gran interés para nuestro estudio: las relaciones negativas significativas entre las

verbalizaciones *pro-terapéuticas* discriminadas por el psicólogo y la *Función de castigo* por un lado y, entre las verbalizaciones *anti-terapéuticas* provocadas por el psicólogo y la *Función de refuerzo conversacional* por el otro. Curiosamente estas dos asociaciones fueron planteadas en el estudio de dos términos en las hipótesis 2 y 4 y, como veíamos anteriormente, en ese caso no fueron encontradas. Consideramos que la existencia de todas estas cadenas de tres términos constata el hecho de que, en los casos en los que el terapeuta busca explícitamente las respuestas tanto *pro-* como *anti-terapéuticas* y estas aparecen, el propio psicólogo sí responde sistemáticamente con las contingencias esperadas: emitiendo los niveles más potentes de la *Función de refuerzo* para las verbalizaciones *pro-terapéuticas* y en ningún caso la *Función de castigo*; y aplicando esta última función para las verbalizaciones *anti-terapéuticas* sin presentar la *Función de refuerzo conversacional*. Es cierto que en este último caso la relación negativa no aparece para todos los niveles de los modificadores de la *Función de refuerzo* pero, teniendo en cuenta que la asociación entre las verbalizaciones *anti-terapéuticas* y la *Función de refuerzo conversacional* se había presentado como significativa y positiva en el estudio de dos términos, nos parece que cobra una especial relevancia este dato en la cadena de tres términos ya que hace hincapié en la enorme diferencia que parece ser que tiene para el clínico haber provocado o no la respuesta *anti-terapéutica* del cliente. Estos datos hacen referencia directa a la existencia de procesos de moldeamiento en sesión, en los que el terapeuta dirige claramente dicho proceso discriminando las respuestas del cliente y aplicando las pertinentes contingencias en cada caso. Esta propuesta, planteada ya por otros autores (Follete, Naugle y Callaghan, 1996; Hamilton, 1988; Rosenfarb, 1992), retoma el planteamiento expuesto en el marco teórico que considera que el comportamiento verbal de la persona que acude a tratamiento puede ser modificado igual que otro comportamiento y, concretamente, a través del moldeamiento en sesión de comportamientos nuevos, mediante el reforzamiento diferencial de aproximaciones a verbalizaciones más adaptativas y el castigo o ausencia de reforzamiento en caso de comportamientos contraproducentes. Parece ser, por lo tanto, que la actuación más directiva de los

clínicos puede promover procesos de cambio más eficientes en terapia. Es decir, aunque es relevante que se proporcionen unas consecuencias adecuadas a los comportamientos del cliente en cualquier momento en que éstos se produzcan, el psicólogo es más sistemático cuando no espera a que se den por si mismos si no que, a través de la presentación de estímulos discriminativos, provoca que se emitan favoreciendo el avance del moldeamiento. Este tipo de conclusiones y las expuestas anteriormente, destacan la utilidad de este tipo de estudios que, a través del acercamiento momento a momento de lo que ocurre en sesión, nos permite ampliar el conocimiento del proceso terapéutico, acercarnos a las claves del cambio en sesión y, por lo tanto, mejorar la calidad de la ayuda ofrecida a aquellas personas que solicitan tratamiento psicológico.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES FINALES

Una vez presentados los estudios empíricos anteriores y teniendo en cuenta las conclusiones obtenidas consideramos que este trabajo permite dar un paso más en el ámbito de la investigación en psicoterapia. Greenberg (1986) acuñó el término "investigación del proceso de cambio" (CPR; *change process research*) en el intento de solventar la antigua dicotomía entre investigación de procesos y resultado; dentro de este nuevo marco creemos haber realizado aportaciones de interés para la comprensión del fenómeno clínico desde el enfoque conductual. Retomando las palabras de Soham y Bice (1990) hemos pretendido contribuir al conocimiento del cambio en terapia centrándonos directamente en lo que sabemos que funciona. Aunque la exposición de cada estudio empírico ha ido acompañada de la correspondiente discusión de los resultados presentados, vamos a realizar una reflexión general de las conclusiones que de ellos podemos extraer con el fin de analizar de forma conjunta las contribuciones que estos trabajos suponen para el estudio del proceso de cambio. El análisis de estas contribuciones junto al de las limitaciones de nuestra investigación será la base para la propuesta de futuras líneas de trabajo que nos permitirán seguir avanzando en el conocimiento del fenómeno clínico.

1. CONCLUSIONES SOBRE LOS ESTUDIOS EMPÍRICOS

1.1. Desarrollo metodológico.

Los estudios empíricos previamente mencionados nos han permitido extraer conclusiones sobre lo que sucede en la clínica y sobre el comportamiento de terapeuta y cliente en sesión pero, además, también han mostrado que la estrategia metodológica diseñada resulta relevante para el estudio funcional del proceso terapéutico; a continuación detallamos algunos de los aspectos que caracterizan esta relevancia.

1.1.1. Coherencia teórica del sistema de categorización empleado.

El sistema de categorización empleado, el SISC- INTER- CVT, proviene de la depuración de sistemas utilizados previamente por el grupo de investigación, basados en los planteamientos teóricos del análisis de la conducta y en su conceptualización del comportamiento verbal en la línea mencionada en el capítulo I. En este sentido, tomar como referencia el listado de operaciones conductuales básicas elaborado por Pérez (1996) para la codificación de la conducta verbal del terapeuta, 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, para poder llevar a cabo un estudio apropiado desde la perspectiva analítico-funcional de la conducta verbal del cliente, las categorías se plantearon como las posibles respuestas a estas hipotéticas funciones del psicólogo.

1.1.2. Precisión de los registros observacionales.

Independientemente de la coherencia teórica del sistema utilizado nuestra estrategia metodológica debe verse avalada por unos niveles adecuados de precisión en la realización de los registros observacionales. En ese sentido,

consideramos que los índices utilizados y los datos obtenidos respaldan el trabajo realizado con los diferentes subsistemas. En concreto, en relación al subsistema del terapeuta, el SISC-CVT, el cálculo de los coeficientes kappa y de los porcentajes de acuerdo entre pares de registros mostraron niveles de concordancia de buenos a excelentes. Estos valores han supuesto una mejoría frente a los presentados en trabajos anteriores por dos razones principalmente: en primer lugar porque la precisión de los observadores se ha visto reflejada en todos los registros, fuera cual fuera el terapeuta y el caso registrado; y en segundo lugar, porque hemos observado un aumento importante en los índices obtenidos cuando se comparaban los registros de un mismo observador, alcanzando en el 80% de los mismos Kappas valoradas como excelentes. Por su parte, el subsistema del cliente, SISC-CVC, presenta unos niveles de concordancia buenos y una adecuada precisión teórica de los observadores. Es cierto que los niveles obtenidos para este subsistema son menores que los alcanzados para el registro de la conducta verbal del terapeuta pero consideramos que estos datos están estrechamente relacionados con su reciente creación y, por lo tanto, con el menor trabajo de depuración que ha tenido.

1.1.3. Validez del sistema de categorización desarrollado.

El desarrollo adecuado de un instrumento de categorización no sólo conlleva la necesidad de ratificar 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 pretendido garantizar su exhaustividad a la hora de categorizar aquello que queremos codificar y no otra cosa distinta. En nuestro caso consideramos que la validez del instrumento utilizado ha quedado avalada por los tres estudios empíricos llevados a cabo. Parece, con respecto a la validez de contenido, que las categorías propuestas cubren el rango de fenómenos a observar, tanto para las conductas verbales del terapeuta como para las del cliente. Además, los estudios llevados a cabo han permitido demostrar que la aplicación del SISC- INTER- CVT en el análisis de la conducta verbal de

terapeutas y clientes da lugar a resultados coherentes con la conceptualización del proceso terapéutico obteniendo resultados con una plena significación psicológica. Por otra parte, el elevado porcentaje de éxito en las pruebas de validación del modelo discriminante formulado en el primer estudio empírico es una prueba más a favor, concretamente, de la validez del subsistema SISC-CVT. Aunque este proceso de validación deberá completarse con nuevos estudios en los que se compare nuestro sistema de categorización con otros códigos de observación similares, consideramos que los resultados presentados son muy positivos.

1.1.4. Utilidad de la estrategia metodológica diseñada.

De este manera, la estrategia metodológica desarrollada ha resultado útil para el acercamiento a los diferentes objetivos de la investigación de procesos expuestos por Llewelyn y Hardy (2001): describir cómo se produce la intervención psicológica, formular y contrastar hipótesis acerca de los factores relacionados con el éxito y el fracaso en terapia y explicar por qué sucede el cambio clínico.

1.2. Análisis del proceso de cambio.

Independientemente de las garantías presentadas por la estrategia metodológica desarrollada consideramos que los trabajos realizados han proporcionado numerosas mejoras en nuestra investigación y claves para el entendimiento del proceso terapéutico. Se pueden enumerar las siguientes conclusiones principales:

- El estudio realizado sobre la conducta verbal del terapeuta supone una replicación de trabajos realizados previamente por el grupo de investigación. En esta ocasión, la depuración realizada en el sistema de categorías y la utilización de una muestra más representativa dota de más

fuerza a los resultados obtenidos. Como hemos podido observar en el primero de los estudios empíricos la conducta verbal del clínico cambia a lo largo de la intervención terapéutica y estas variaciones no se deben al psicólogo registrado, el caso observado o la problemática tratada. Tampoco se distribuye por las fases cronológicas que hipotetizábamos en los momentos iniciales de esta investigación, sino que encontramos perfiles concretos de comportamiento del terapeuta en función de las *actividades clínicamente relevantes* que esté desempeñando: evaluar, explicar, tratar y consolidar los cambios. La actividad de *evaluación* aparece, sobre todo, en los momentos iniciales de la terapia cuando el psicólogo busca recabar información sobre la problemática del cliente; la *explicación* en periodos de la intervención en el que el psicólogo expone el análisis funcional del caso, la propuesta de tratamiento o las diferentes técnicas que se van a llevar a cabo; la actividad denominada *tratar* se vincula a momentos, sobre todo del tratamiento, en los que se entrenan técnicas en sesión, tienen lugar debates sobre las ideas desadaptativas del cliente o se pautan tareas para llevar a cabo durante la semana; finalmente, los momentos de *consolidación* se caracterizan por una participación menor por parte del psicólogo permitiendo una tipo de discurso más informal y aprobando los cambios conseguidos mediante la intervención terapéutica. Por otro lado, el análisis discriminante realizado en este primer estudio nos permitió detectar tres dimensiones relacionadas con la conducta verbal de los terapeutas que ayudan a diferenciar de forma estadísticamente significativa estas actividades: la dimensión denominada *Explicar-Comprobar*, asociada con las categorías *Función informativa* y *Función discriminativa conversacional*; la dimensión *Evaluar*, relacionada con las categoría *Función discriminativa sin indicar* y *Función de refuerzo bajo*; y la dimensión etiquetada como *Instruir-Retroalimentar*, asociada, sobre todo, con las categorías *Función de refuerzo medio, Función instructora fuera de sesión, Función motivadora, Función instructora dentro de sesión, Función de refuerzo alto* y *Función de castigo.*

- En el segundo de los estudios empíricos obtuvimos una aproximación al comportamiento verbal del cliente en sesión, encontrando también que su distribución no obedece al tipo de cliente o de problemática, sino que sus verbalizaciones se modifican en función de la *actividad clínicamente relevante* desempeñada por el psicólogo. En líneas generales, en los momentos de *evaluación* el cliente ofrece información descriptiva relevante para la terapia; en los periodos de *explicación* muestra su aceptación o su desacuerdo ante la información que ofrece el clínico, pregunta dudas para un mejor entendimiento de la misma, anticipa el seguimiento de las tareas que se empiezan a pautar y el beneficio que obtendrá a través de la intervención; en los fragmentos en los que el psicólogo principalmente *trata*, el cliente ejecuta el entrenamiento de técnicas dentro de sesión, responde en el debate socrático o describe si ha llevado a cabo, o no, las tareas pautadas para la semana. Por último, en los momentos de la sesión en los que el clínico *consolida* los cambios el cliente principalmente expresa contenidos relacionados con la consecución de los objetivos alcanzados y del beneficio obtenido. Los resultados encontrados en los dos primeros estudios empíricos confirman nuestro planteamiento teórico en diferentes aspectos: en primer lugar, la obtención de datos alejados de problemáticas individuales o de estilos personales del psicólogo avala la concepción de la terapia separada del uso de etiquetas diagnósticas y de manuales de tratamiento estandarizados y promueve al análisis funcional e individualizado de los casos; en ese sentido, consideramos que centrarnos en la ejecución y no tanto en las variables personales de los dos protagonistas de la terapia supone un acierto y nos reporta mucha información acerca de lo que sucede en la clínica; finalmente, la distribución de las categorías de terapeuta y cliente respalda nuestra concepción del psicólogo como motor de cambio en la intervención y la decisión de detener el análisis de la interrelación terapéutica en los comportamientos del mismo.

- El tercero de los estudios empíricos permitió obtener un análisis de la relación existente entre los comportamientos del terapeuta y el cliente en sesión que hasta el momento se habían estudiado de manera aislada. Tal y como señala Elliot (2010), a pesar de las dificultades que entraña el uso del análisis secuencial, la utilización de esta herramienta proporciona un conocimiento enormemente rico sobre el proceso terapéutico. De esta manera se ha comprobado la influencia recíproca, a priori esperada, entre la conducta verbal de ambos protagonistas. Por otro lado, hemos podido dar respuesta a muchas de las incógnitas que el estudio independiente de terapeuta y cliente habían promovido y hemos detectado diferentes patrones secuenciales del comportamiento verbal de los mismos. En dichas secuencias han cobrado una especial relevancia los diferentes modificadores de la categoría *Función discriminativa,* como estímulos que afectan a la aparición de determinadas conductas y los niveles de la *Función de refuerzo,* como verbalizaciones que parecen estar promoviendo el aumento de la aparición de las respuestas con las que son contingentes. En esta línea parece que se avala nuestro planteamiento y el de otros muchos autores sobre el proceso de moldeamiento de las verbalizaciones del cliente que consideramos sucede en sesión, en el que se promueve un repertorio de nuevos comportamientos más adaptativos del cliente y se fomenta su aparición mediante el reforzamiento sucesivo de los mismos. Por otro lado, al contrario que para estas dos categorías, el hipotético efecto de la *Función de castigo* no se ha visto demostrado en nuestro estudio; entre diversas razones que hemos expuesto en el capítulo anterior encontramos la falta de sistematicidad de los clínicos a la hora de disponer este estímulo consecuente. Puede ser que, sobre todo en el caso de los terapeutas inexpertos, existan ciertas reticencias a mostrar su desaprobación o rechazo ante los contenidos del cliente. Finalmente, las hipótesis de tres términos planteadas indicaron que esta falta de sistematicidad por parte de los terapeutas no aparece en las cadenas en las que ellos mismos disponen el estímulo antecedente para la aparición de

verbalizaciones *pro-* o *anti-terapéuticas,* lo que destaca la relevancia del terapeuta como motor del cambio e impulsa la directividad de los mismos en sesión en busca de intervenciones más eficientes.

A modo de resumen de las conclusiones obtenidas en los tres estudios empíricos se recogen en la figura VII.1 los patrones comportamentales detectados en la interacción entre terapeuta y cliente para cada una de las *actividades clínicamente relevantes* del primero. Queremos aclarar que no todas las secuencias expuestas en la misma presentan asociaciones significativas ni han sido obtenidas a través del análisis secuencial, si no que son patrones de interacción concluidos tras el análisis conjunto de los resultados presentados a lo largo de este trabajo. Como se puede observar en la figura, los periodos en los que el terapeuta *evalúa* son los que presentan una única secuencia más prototípica en la que el psicólogo realiza preguntas y el cliente responde aportando información descriptiva relevante para la intervención. Estos contenidos del cliente presentan unos promedios muy altos a lo largo de estos periodos, lo que puede estar estrechamente relacionado con la aparición contingente ante los mismos de la categoría *Función de refuerzo bajo*, lo que, en alguna manera, nos permite hablar más propiamente de "Función de refuerzo".

En los momentos en los que el psicólogo *explica,* verbaliza, a menudo, largos bloques de información que detiene para preguntar si el cliente está entendiendo o no dicha información; ante estas preguntas de comprobación el cliente responde aceptando el hilo del discurso del terapeuta, mostrando su desacuerdo o realizando preguntas para obtener un mejor entendimiento. Dependiendo del tipo de respuesta emitida por el cliente el terapeuta varía su patrón de actuación, presentando verbalizaciones con *Topografía de refuerzo bajo* ante la aceptación y verbalizaciones con *Topografía de castigo* ante el desacuerdo, para posteriormente continuar con la emisión de la explicación iniciada. Otra de las variantes de este patrón la encontramos cuando la explicación previa se ve reformulada en los momentos en los que el cliente solicita una aclaración. Finalmente, en mucha menor medida, encontramos secuencias

Figura VII. 1. Secuencias comportamentales en cada una de las *actividades clínicamente relevantes* del terapeuta.

Actividad clínicamente relevante del terapeuta	**Secuencias comportamentales principales**
EVALUAR	Disc. sin/ ind --- Proporcionar información ---Func. r. bajo
EXPLICAR	A) Informativa - Disc. conv. } Aceptación – Top. r. bajo Desacuerdo- Top. castigo Sol. información } Informativa B) Anticipación seguimiento } Func. r. medio Logro } Func. r. alto
TRATAR	A) Disc. sin } Descripción seguimiento ---------- Func. r. medio y alto Descripción no seguimiento ------- Func. castigo B) Instr. dentro } Seguimiento dentro ---------- Func. r. medio y alto No seguimiento dentro --------- Func. castigo C) Instr. fuera } Anticipación seguimiento-------- Func. r. medio y alto Anticipación no seguimiento --- Func. castigo D) Instr. fuera- Disc. conv. } Aceptación- Top. r. bajo Desacuerdo- Top. castigo Sol. información } Instr. fuera
CONSOLIDAR	A) Proporcionar información --- Func. r. conversacional B) Logro } Func. r. medio Bienestar } Func. r. alto C) Fracaso } Top. castigo Malestar } Func. r. conversacional Otras D) Chatting

Func.= *Función*¸Top.= *Topografía*; Disc.= *Función discriminativa*; Sin.= modificador *sin indicar la dirección deseada de la respuesta;* Ind.= modificador *indicando la dirección deseada de la respuesta;* Conv.= modificador *conversacional;* R.= *Función de refuerzo;* Sol.= *Solicitar*; Instr. =*Función instructora;*

relativas a los periodos de *explicación* del terapeuta que se inician con la aparición de emisiones del cliente que anticipan la consecución de objetivos y del seguimiento de instrucciones. Este último dato ha destacado la enorme relevancia que tiene para la motivación hacia el cambio del cliente la explicación de su problemática y de los procedimientos que tiene que llevar a cabo para conseguir su mejora. Parece que cuando el terapeuta *explica*, el cliente comienza a predecir los beneficios que obtendrá con la intervención y verbaliza su convencimiento de llevar a cabo las tareas pautadas; ante este tipo de contenidos tan relevantes y positivos para el devenir de la terapia el psicólogo no "pierde la oportunidad" de emitir verbalizaciones con *Función de refuerzo medio* y *alto* pretendiendo aumentar su probabilidad de aparición a partir de ese momento.

Los fragmentos de terapia en los que el psicólogo *trata* se ven caracterizados por cuatro patrones comportamentales diferentes: en el primero el terapeuta pregunta por las tareas llevadas a cabo durante la semana y emite verbalizaciones con *Función de refuerzo medio y alto* en las ocasiones en las que el cliente describe el seguimiento de las pautas, mientras que formula verbalizaciones con *Función de castigo* en las ocasiones en las que éste no las ha llevado a cabo. Esta disposición de los estímulos consecuentes la encontramos de manera paralela en las ocasiones en las que el terapeuta propone alguna tarea para llevar a cabo en sesión o fuera de ella: en las ocasiones en las que el cliente ejecuta dicha tarea o anticipa su cumplimiento el psicólogo emite las verbalizaciones con *Función de refuerzo medio* y *alto* y en las que no lleva a cabo la tarea o anticipa su no consecución formula verbalizaciones con *Función de castigo*. Finalmente, al igual que veíamos anteriormente para los momentos de *explicación*, en numerosas ocasiones el terapeuta se detiene cuando está verbalizando una instrucción para llevar a cabo fuera de sesión, comprobando mediante una pregunta la aceptación del cliente ante la misma o su entendimiento. Ante dicha pregunta el cliente responde mostrando su aceptación, su desacuerdo o solicitando información al no haber escuchado o comprendido dichas instrucciones del psicólogo. Éste, en el primero de los casos responde a su vez emitiendo verbalizaciones con *Topografía de refuerzo bajo*, en el segundo de los

casos verbalizaciones con *Topografía de castigo* y en el último reformulando la instrucción dada inicialmente.

Por último, en lo que a la actividad de *consolidación* se refiere, encontramos patrones secuenciales pocas veces iniciados por el terapeuta, parece que en estos periodos de la intervención el psicólogo es menos directivo y deja que el cliente actúe. Esto es lógico, en cierto modo, teniendo en cuenta que son momentos de la terapia en los que ya se han alcanzado alguno o todos de los objetivos propuestos; por ello, ante las verbalizaciones del cliente que así lo indican, *Bienestar* y *Logro*, el clínico se limita a responder contingentemente con verbalizaciones con *Función de refuerzo medio* y *alto*. Además, parece que parte de los contenidos de estos fragmentos se componen de bloques de charla intrascendente o de verbalizaciones del cliente que proporcionan información y ante las que el psicólogo se limita a reforzar el propio discurso mediante verbalizaciones con *Función de refuerzo conversacional*. Finalmente, nos resultó sorprenderte encontrar secuencias que se inician con contenidos del cliente de *Fracaso* y *Malestar*; en los capítulos previos ya hemos apuntado algunas de las razones que pueden estar por debajo de la aparición de estas emisiones en momentos en los que se supone que el terapeuta está consolidando objetivos, una de las más importantes aparece reflejada en la figura, con la respuesta contingente por parte del terapeuta de verbalizaciones con *Topografía de castigo* como cabía esperar y de verbalizaciones con *Función de refuerzo conversacional* y *Otras* en contra de lo pensado inicialmente. Parece, como indicábamos antes, que ante este tipo de emisiones el psicólogo no siempre es sistemático y puede presentar ciertos reparos a mostrar su desaprobación o su rechazo ante los contenidos del cliente. Otra de las posibles razones que puede explicar el aumento de las verbalizaciones de *Fracaso* y *Malestar* a lo largo de la intervención terapéutica está relacionada con la historia previa del cliente, en ese sentido consideramos que las contingencias emitidas en el contexto clínico por el terapeuta ante los contenidos de queja y fracaso compiten con las contingencias emitidas por la red social del cliente que, a menudo, refuerza tanto positiva como negativamente este tipo de verbalizaciones.

Como se puede observar en la figura, en algunas ocasiones mantenemos el término *función* para alguna de las categorías y en otras usamos la expresión *topografía*. La explicación a esta diferenciación está estrechamente asociada con una de las conclusiones finales de este trabajo: una vez descritas las distintas relaciones entre las categorías del terapeuta y del cliente atendiendo a todos los estudios empíricos, consideramos que podemos dar un paso más en la explicación acerca de si las funciones tienen el efecto esperado o son sólo topografías. En muchas de las secuencias hemos mantenido el término *función* al haber comprobado que la morfología estudiada sí se asocia a la función prevista y el efecto esperado se da de alguna manera. Por ello, aunque este tipo de análisis no nos permite garantizar la causalidad en estas relaciones, parece que el término *función* empieza a estar utilizado con propiedad. Pero no todas las morfologías estudiadas tienen el valor funcional esperado, por ello modificamos los términos con el uso de *topografía* para alguna de las verbalizaciones que, a pesar de aparecer contingentemente al tipo de contenidos esperado, no cumplen el efecto hipotetizado.

A modo de conclusión consideramos que los trabajos presentados prueban la relevancia del contexto clínico como un contexto más de la vida del cliente, donde el terapeuta puede promover procesos de moldeamiento a través de los cuales el primero genere comportamientos más adaptativos. En ese sentido hemos detectado en mucha mayor medida procesos de moldeamiento relacionados con las verbalizaciones *pro-terapéuticas* frente a los que atañen a las verbalizaciones *anti-terapéuticas.* Una de las posibles razones de este desequilibrio puede encontrarse, de nuevo, en la historia previa y el contexto social de los clientes. Como indicábamos antes, en el contexto extra-clínico el cliente puede recibir muchas más contingencias positivas y permisividad ante sus verbalizaciones *anti-terapéuticas* y contrariamente, puede percibir rechazo ante contenidos *pro-terapéuticos*. Esto puede estar provocando que, en general, en el contexto cotidiano se verbalicen muchos más contenidos de queja y fracaso que de logro o de bienestar, lo que supone una ventaja para el contexto clínico ya que las verbalizaciones *pro-terapéuticas* han sido mucho menos manipuladas por las

contingencias de fuera y son mucho más susceptibles del moldeamiento que el terapeuta pretende generar. Esto explicaría el aumento progresivo de las mismas y los promedios estables de los contenidos de malestar y fracaso, para los cuales las contingencias punitivas del terapeuta compiten con las contingencias recibidas fuera de la clínica. Esta idea se ve avalada por el descenso progresivo de las categorías relacionadas con el no seguimiento de instrucciones, las cuales difícilmente habrán aparecido en el contexto previo del cliente y, ante las cuales las verbalizaciones con *función de castigo* del terapeuta si parecen estar promoviendo el efecto esperado.

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. FUTURAS LÍNEAS.

Tras la exposición de las conclusiones nos parece pertinente añadir las líneas de investigación futuras que surgen tras la realización de nuestro trabajo. Los estudios llevados a cabo, tal y como la investigación en psicoterapia en general, han dado respuesta a muchas de las preguntas iniciales pero también han generado muchas interrogantes nuevas que pretendemos contestar en nuestros próximos trabajos.

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

- La diferencia en el grado de concordancia obtenido en los dos subsistemas utilizados ha puesto de relieve las mejoras obtenidas en la codificación de la conducta verbal del terapeuta gracias a los numerosos procesos de depuración que se han llevado a cabo con dicho subsistema. En ese

sentido, consideramos imprescindible continuar con la depuración del SISC- INTER- CVT sobre todo en lo que a la codificación del cliente se refiere. A lo largo de los estudios hemos hecho referencia a algunas de las mejoras que habría que llevar a cabo con ese objetivo, concretamente consideramos necesarias las siguientes: depurar los contenidos de la categoría *Proporcionar información* que abarca los mayores porcentajes de las verbalizaciones emitidas por los clientes y agrupar los modificadores de las categorías relacionadas con el *Seguimiento de instrucciones* cuya segmentación excesiva puede estar explicando la poca relevancia de sus datos.

- Los bajos porcentajes presentados por las categorías *Función evocadora* y *Verbalización de reacción emocional* han puesto de relieve los problemas metodológicos de nuestro diseño para captar dichas conductas en sesión. Independientemente de la posible explicación teórica a estos datos por parte de los autores que basan la relación terapéutica apoyándose principalmente en procesos derivados del condicionamiento operante (Hamilton, 1988;Rosenfarb, 1992), consideramos que nuestro propio sistema de grabación que enfoca únicamente a los terapeutas puede estar provocando que no estemos apreciando los procesos pavlovianos que se dan en la clínica. En ese sentido creemos que debemos solventar estas dificultades para poder llevar a cabo estudios que clarifiquen la explicación a estos bajos promedios.
- Sería conveniente llevar a cabo análisis de la validez convergente (y/o divergente) de nuestro sistema de codificación comparando los resultados obtenidos a través del SISC-INTER-CVT con los derivados del uso de otros instrumentos de codificación de la conducta verbal.

1.2. Futuras líneas de trabajo para el análisis del proceso de cambio.

Consideramos conveniente realizar, a partir de este trabajo, estudios más concretos que los expuestos en la presente tesis doctoral. Pretender abordar el

análisis del proceso terapéutico en todas sus fases y teniendo en cuenta todas las conductas de terapeuta y cliente resulta demasiado costoso en términos de tiempo y esfuerzo, sobre todo teniendo en cuenta que posteriormente no todas las variables estudiadas tienen el mismo peso en los análisis realizados. Por lo que nos parece muy interesante centrarnos en los diferentes estudios concretos que se derivan a partir de las conclusiones expuestas anteriormente, concretamente nos parecen pertinentes los siguientes:

- Estudio concreto de la *Función de castigo* en fragmentos de terapia en los que aparezca con altos promedios y para los que contemos con las sesiones necesarias para poder poner a prueba su efecto. Sería también interesante entrenar a terapeutas en el manejo de contingencias punitivas más aversivas para comprobar si con verbalizaciones cualitativamente más potentes se da el efecto de reducción esperado.
- Comprobación de los diferentes niveles de los modificadores de la *Función de refuerzo* sobre las variaciones en las respuestas de los clientes para estudiar sus hipotéticas diferencias respecto a la potencia como estímulos consecuentes reforzantes.
- Análisis de las funciones estado del SISC-CVT, las cuales son cualitativamente distintas a las funciones evento. Esta línea ya ha sido avanzada por el grupo de investigación proponiendo el estudio de la *Función motivadora* como operación de establecimiento y el análisis de la *Función informativa* como regla.
- Sería interesante incorporar a nuestro estudio medidas e indicadores de efectividad y eficiencia en los tratamientos que, metodológicamente permitirían comprobar la validez de nuestra propuesta de verbalizaciones *pro-* y *anti-terapéuticas*, y teóricamente aporten conocimiento sobre los factores predictivos y explicativos del cambio clínico.
- Una vez concluida la posible funcionalidad de alguna de las verbalizaciones del cliente nos gustaría realizar estudios intra-sesión que

realmente nos permitieran estudiar momento a momento el efecto directo de las contingencias.

- Utilización de alguno de los patrones de comportamiento de la conducta verbal de terapeuta y cliente identificados como variables de estudio en si mismas, con el objetivo de comprobar su funcionamiento a lo largo del proceso terapéutico.
- Por último, creemos que tendría un enorme interés estudiar los modos de proceder de terapeutas de distintos enfoques clínicos con el fin de comprobar si los procesos de aprendizaje que explican el cambio y han sido observados en nuestra muestra aparecen independientemente del modelo teórico al que se adscriba el clínico.

Como se puede observar el camino que queda por andar con el objetivo de llegar a desentrañar el proceso terapéutico es largo y muy interesante. En nuestro caso, haciendo referencia al inicio del presente trabajo, consideramos que las conclusiones obtenidas permiten dar un paso más en la clarificación de los procesos que explican el cambio clínico. Esperamos que el amplio abanico de personas y entidades involucradas en el mismo puedan beneficiarse de nuestro estudio en el que hemos pretendido colaborar, aunque sea ligeramente, en la mejora de la calidad del reciclaje y la formación de terapeutas expertos y noveles y de la intervención prestada a los clientes que solicitan ayuda psicológica.

REFERENCIAS

Ackerman, S. J. y Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23,* 1- 33.

Agosti, V., Nunes, E. y Ocepeck-Welikson, K. (1996). Client factors related to early attrition from an outclient cocaine research clinic. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 22,* 29- 39.

APA Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61,* 271-285.

Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. y Vermeersch, D. A. (2009). Therapist Effects: Facilitative Interpersonal Skills as a Predictor of Therapist Succes. *Journal of Clinical Psychology, 65*(7), 755-768.

Andrews, H. B. (2000). The myth of the scientist-practitioner: A reply to R. King (1998) and N. King and Ollendick (1998). *Australian Psychologist, 35,* 60- 63.

Arentewicz, G. y Schmidt, G. (1980). *Sexuell gestorte Beziehungen.* Berlin: Springer Verlag.

Attelvelt, J. T. M. (1988). *Research into paranormal healing.* Amsterdam: OMI.

Ayllon, J. S. y Michael, J. (1959). The psychiatric nurse as a behavioral engineer. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 2,* 323- 334.

Baekeland, F. y Lundwall, M. A. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin, 82,* 738- 783.

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., Adamson, L. B. y Strisik, P. (1995). Lags and Logs: Statistical Approaches to Interaction (SPSS version). En J. M. Gottman (Ed.), *The Analysis of Change* (pp. 279-308). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Bakeman, R. y Gottman, J. M. (1989). *Observación de la interacción: introducción al análisis secuencial*. Madrid: Ediciones Morata. (Trabajo original publicado en 1986)

Bakeman, R. y Gottman, J. M. (1997). *Observing interaction: An introduction to sequential analysis* (2ª ed.). Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.

Bakeman, R. y Quera, V. (1995). *Analyzing Interaction: Sequential Analysis with SDIS and GSEQ*. Nueva York: Cambridge University Press.

Bakeman, R., Quera, V., McArthur, D. y Robinson, B. F. (1997). Detecting sequential patterns and determining their reliability with fallible observers. *Psychological Methods, 2,* 357-370.

Bandura, A. (1969). *Principles of behaviour modification.* Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.

Barber, J. P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychoterapy Researc, 19*(1), 1 -12.

Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits.Christoph, P., Gladis, L. y Siqueland, L. (2000). Alliance predicts clients´ outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 1027- 1032.

Barlow, D. H., Hayes, S. C. y Nelson, R. O. (1984). *The scientific practitioner. Research and accountability in clinical and educational settings.* Elmsford, NY, U.S.: Pergamon Press.

Barnes- Holmes, D., Barnes Holmes, Y. y Cullinan, V. (2000). Relational frame theory and Skinner´s *Verbal Behavior:* A possible synthesis. *The Behavior Analyst, 23,* 69- 84.

Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C. y Roche, B. (2001). The (not so) strange death of stimulus equivalence. *European Journal of Behavior Analysis, 2*, 35-42.

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.

Beck, D. F. (1988). *Counselor characteristics: How they affect outcomes.* Milwaukee, WI: Family Service America.

Berenguer, G. y Quintanilla, I. (1994). La imagen de la Psicología y los psicólogos en el estado español. *Papeles del Psicólogo, 58,* 41-68.

Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 217- 270). Nueva York: Wiley.

Bergin, A. E. y Suinn, R. M. (1975). Individual psychotherapy and behaviour therapy. *Annual Review of Psychology, 26,* 509- 556.

Berman, J. S. y Norton, N. C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin, 98,* 401- 407.

Berrigan, L. P. y Garfield, S. L. (1981). Relationship of missed psychotherapy appointments to premature termination and social class. *The British Journal of Clinical Psychology, 20,* 239- 242.

Beutler, L. E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*(1), 44- 52.

Beutler, L. E., Arizmendi, T. G., Crago, M., Shanfield, S. y Hagaman, R. (1983). The effects of value similarity and clients´ persuadability on value convergence and psychotherapy improvement. *Journal of Social and Clinical Psychology, 1,* 231-245.

Beutler, L. E. y Clarkin, J. F. (1990). *Systematic treatment selection: toward targeted therapeutic intervention.* Nueva York: Brunner/ Mazel.

Beutler, L. E. y Clarkin, J. F. y Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient.* Nueva York: Oxford University Press.

Beutler, L. E., Machado, P. P. y Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. En A. E. Bergen y S. L. Garfield (Ed), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4ª ed., pp. 229-270). Nueva York: Wiley.

Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. y Wong, E. (2004). Therapist Variables. En M. J. Lambert (Ed), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5ª ed., pp. 227-306). Nueva York: Wiley.

Beutler, L. E., Wakefield, P. y Williams, R. M. (1994). Use of psychological test/instruments for treatment planning. En M. Maruish (Ed.), *Use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 55- 74). Chicago: Lawrence Erlbaum.

Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Zuroff, D. C. y Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of Effective Therapists: Further Analyses of Data From the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1276-1284.

Blatt, S. J., Zuroff, D.C., Hawley, L. L. y Auerbach, J., S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy research, 20*(1), 37-54.

Bleger, J. (1967). Psychoanalysis of the psychoanalytic frame. *International Journal of Psycho- Analysis,* 48, 511- 519.

Bleger, J. (1981). Simbiosis y ambigüedad. Buenos Aires: Paidós.

Bohart, A. C. (2000). The Client Is the Most Important Factor: Clients´ Self- Healting Capacities and Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration,10*(2), 127- 149.

Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16,* 252- 260.

Bordin, E. (1980, Junio). *Of human bonds that bind or free.* Conferencia de "Society for Psychotherapy research", Pacific Grove, CA.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory.* London: Routledge y Kegan Paul.

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.

Brunink, S. A. y Schroeder, H. E. (1979). Verbal therapeutic behaviour of expert psychoanalytically oriented, gestalt, and behaviour therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(3), 567- 574.

Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E. y Berlin, K. S. (2009). A Micro- Process Analysis of Functional Analytic Psychotherapy´s Mechanism of change. *Behavior Therapy, 40,* 280- 290.

Calero Elvira, A. (2009). *Análisis de la interacción entre terapeuta y cliente durante la aplicación de la técnica de restructuración cognitiva.* Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Callaghan, G. M. (1998). Development of a coding system for functional analytical psychotherapy for the analysis of the components effecting clinical change. *Dissertation Abstracts International, 59*(09), 5073B. (UMI No. 9907753)

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 Contemporany Psychotherapy, 33,* 321- 339.

Canfield, M. L., Walker, W. R. y Brown, L. G. (1991). Contingency interaction Analysis in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 58- 66.

Carey, T. A. (2005). Can Patients Specify Treatment Parameters? A Preliminary Investigation. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 12,* 326- 335.

Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations: Practice and Research.* Nueva York: Rinehart y Wintson.

Castonguay, L.G., y Beutler, L.E. (2006). Common and Unique Principles of Therapeutic Change: What Do We Know and What Do We Need to Know? En L. G. Castonguay y L. E. Beutler: *Principles of therapeutic change that work* (pp. 353- 369). Nueva York: Oxford University Press.

Castonguay, L.G., Constantino, M.J., y Grosse, M. (2006). The working alliance: where are we and where shoul we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43,* 271-279.

Castonguay, L. G., Hayes, A. M., Goldfried, M. R. y DeRubeis, R. J. (1995). The focus of therapist interventions in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 19*(5), 485- 503.

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. (2008). Skinner´s *Verbal Behavior* in a new century. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 8*(3), 277-285.

Chambless, D.L. y Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52,* 685-716.

Chiesa, M., Drahorad, C. y Longo, S. (2000). Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. *British Journal of Psychiatry, 117,* 107- 111.

Chomsky, N. (1959). A review of B.F. Skinner's Verbal Behavior. *Language, 35,* 26-58.

Clark, D. (1995). Perceived limitations of standard cognitive therapy: A consideration of efforts to revise Beck´s theory and therapy. *Journal of Cognitive psychotherapy: An International Quarterly, 3,* 153- 172.

Clarkin, J. F. y Levy, K. N. (2004). The Influence of Client Variables on Psychotherapy. En M. J. Lambert (Ed), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5ª ed., pp. 194- 226). Nueva York: Wiley.

Coderch, J. (2001). *La relación paciente-terapeuta. El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica.* Barcelona: Paidós.

Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement, 20,* 37- 46.

Coleman, D. (2006). Therapist- Client- Five- Factor Personality Similarity: A Brief Report. *Bulletin of the Menniger Clinic, 70*(3), 232- 241.

Conolly Gibbons, M. B., Crits- Christoph, P., De la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L. y Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive psychotherapy. *Psychotherapy Research, 13,* 59- 76.

Constantino, M. J., Castonguay, L. G. y Schut, A. J. (2002). The working Alliance: A flagship for the "scientist-practicioner" model in psychotherapy. En G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp. 81-131). Boston: Allyn y Bacon.

Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes.* Madrid: Vision Net.

Corrigan, P. W. (2001). Getting ahead of the data: A treta to some behavior therapies. *The Behavior Therapist, 24,* 189- 193.

Crespo, M. y Larroy, C. (1998). *Técnicas de modificación de conducta. Guía práctica y ejercicios.* Madrid: Dykinson

Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry, 149,* 151- 158.

Crits-Christoph, P., Barnackie, K., Kurcias, J., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., … Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research, 1,* 81-91.

Crits-Christoph, P. y Gallop, R. (2006). Therapist effects in the TDCRP and other psychotherapy studies. *Psychotherapy Research, 16,* 178- 181.

Crits-Christoph, P. y Mintz, J. (1991). Implications of Therapist Effects for the Design and Analysis of Comparative Studies of Psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 20- 26.

Curtis, H. C. (1979). The concept of therapeutic alliance: implications for the "widening scope". *Journal of the American Psychoanalytic Association, 27,* 159- 192.

Dembo, R., Ikle, D. N. y Ciarlo, J. A. (1983). The influence of client-clinician demographic match on client treatment outcomes. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation, 5,* 45-53.

Dryden, W. (1995). The therapeutic alliance in rational-emotive therapy. En W. Dryden (Ed.) *Rational emotive behaviour therapy: A reader,* (pp. 31- 41). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Dymon, S. y Alonso- Álvarez, B. (2010). The selective impact of Skinner´s *Verbal Behavior* on empirical research: A reply to Schlinger (2008). *The Psychological Record, 60,* 355- 360.

Elkin, I. (1994). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are now. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4ª ed., pp. 114- 135). Nueva York: Wiley.

Elkin, I. (1999). A major dilemma in psychotherapy outcome research: disentangling therapists from therapies. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6,* 10- 32.

Elkin, I., Falconnier, L. y Martinovich, Z. (2007). Misrepresentations in Wampold and Bolt´s critique of Elkin, Falconnier, Martinovich, and Mahoney´s study of therapist effects. *Psychotherapy Research, 17,* 253- 256.

Elliot, R. (1998). Editor's introduction: a guide to the empirically supported treatments controversy. *Psychotherapy Research, 8*(2), 115-125.

Elliot, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy research, 20*(2), 123- 135.

Elliot, R., Barker, C. B., Caskey, N. y Pistang, N. (1982). Differential helpfulness of counsellor response modes. *Journal of Counseling Psychology, 29*(4), 354- 361.

Elliot, R., Stiles, W. B., Mahrer, A. R., Hill, C. E., Friedlander, M. L. y Margison, F. R. (1987). Primary Therapist Response Modes: Comparison of Six Ratings Systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(2), 218- 223.

Everaerd, W. T. A. M. (1983). Failures in treating sexual dysfunctions. En E. B Foa y P. M. G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy* (pp. 392- 405). Nueva York: Wiley.

Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16,* 319-324.

Fairfax, A. H. (2008). `CBT or Not CBT´, is that the really the question? Re- considering the evidence base- the contribution of process research. *Counselling Psychology Review, 23*(4), 27-37.

Fernández- Álvarez, H. (1998). El estilo personal del psicoterapeuta. En L. A. Oblitas Guadalupe, *Quince enfoques terapéuticos contemporáneos. México: El Manual Moderno.*

Fernández- Álvarez, H. (2001). Updating research informed key concepts and outcomes in psychotherapy with difficult casses. Implications for treatment for both patients and therapists. Symposium incluido en el 32 *Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research,* Montevideo, Urugay.

Fernández- Álvarez, H., García, F. y Scherb, E. (1998). The research program at AIGLE. *Journal of Clinical Psychology, 54*(3), 343- 359.

Ferro, R., Valero, L., y López, M.A. (2007). Novedades y aportaciones desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema, 19*(3), 452-458.

Fiedler, F. (1950). The Concept of an Ideal Therapeutic Relationship. *Journal of Consulting Psychology, 14,* 239-245.

Foa, E. B. y Goldstein, A. (1980). *Handbook of behavioural interventions: A clinical guide.* 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.

Forsyth, J. P. (1997). In the name of the "advancement" of Behavior Therapy: Is it all in a name? *Behavior Therapy, 28*, 615-627.

Freud, S. (1895). *Studies on Hysteria, Standard Edition,* 2. Londres: Hogarth Press.

Freud, S. (1909). *Notes upon a case of obsessional neurosis. Standard Edition,* 10. Londres: Hogarth Press.

Freud, S. (1910). *The future prospects of psycho-analytic therapy, Standard Edition,* 11. Hogarth Press.

Freud, S. (1912a). *Recommendations to physicians practising psychoanalysis, Standard Edition, 12.* Londres: Hogarth Press.

Freud, S. (1912b). *The dynamics of transference, Standard Edition, 12.* Londres: Hogarth Press.

Friedman, L. (1969). The therapeutic alliance. *International Journal of Psycho- Analysis, 50*(2), 139- 153.

Froján, M. X. (1999). *Proyecto docente: Técnicas de Intervención y Tratamiento Psicológico*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Froján, M. X. y Calero, A. (en prensa). Guía para la utilización en terapia de la técnica de reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento verbal. *Psicología conductual*.

Froján, M. X., Calero, A. y Montaño, M. (2006). Procesos de aprendizaje en las técnicas de reestructuración semántica. *Análisis y Modificación de Conducta, 32*, 287-305.

Froján, M. X., Calero, A., Montaño, M. y Ruiz, E. (en prensa). Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico. *Clínica y Salud.*

Froján, M. X., Montaño, M. y Calero, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema, 18,* 797-803

Froján, M. X., Montaño, M., Calero, A., García, A., Garzón, A y Ruiz, E. M. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema, 20*, 603-609.

García, F. y Fernández- Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el estilo personal del terapeuta: Una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 16,* 121-128.

Gardner, W. (1995). On the reliability of sequential data: Measurement, meaning, and correction. En J. M. Gottman (Ed.), *The analyisis of change* (pp. 339- 359). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Garfield, S.L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (3ª Ed; pp. 213- 256). 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. (1994). Research on client variables in psychotherapy. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Ed), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4ª ed., pp. 190- 229). Nueva York: Wiley.

Garfield, S.L. (1996). Some problems associated with "validated" forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 3,* 218-229.

Garfield, S.L. (1997). The Therapist as a Neglected Variable in Psychotherapy Research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*(1), 40-43.

Garvey, M. J., Hollon, S. D. y DeRubeis, R. J. (1994). Do depressed patients with higher pretreatment stress levels respond better to cognitive therapy than imipramine? *Journal of Affective Disorders, 32*(1), 54- 50.

Gaston, L., Goldfried, M. R., Greenberg, L. S., Horvath, A. O., Raue, P. J. y Watson, J. (1995). *Journal of Psychotherapy Integration, 5*(1), 1- 26.

Gaynor, S. T. y Lawrence, P. (2002). Complementing CBT for depressed adolescents with Learning through In Vivo Experience (LIVE): Conceptual Analysis, treatment description, and feasibility study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 30,* 79- 101.

Gelso, C. J. y Carter, J. A. (1985). The Relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences and theorical antecedents. *The Counseling Psychologist,* 13, 155- 244.

Gelso, C. J. y Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy Relationship: Their interaction and unfolding Turing treatment. *Journal of Counseling Psychology,* 41, 296- 306.

Gergen, K. J. (1999). *When relationships generate realities: Therapeutic communication reconsidered.* En Narrative Psychology: Internet and Resource Guide. [En linea]. Disponible en: <http://maple.lemoyne.edu/~hevern/narpsych.html>.

Glasgow, R. E. y Rosen, G. M. (1978). Behavioral bibliotherapy: A review of self help behavior therapy manuals. *Psychological Bulletin, 85,* 1- 23.

Glenn, S. S. (1983). Maladaptive Functional Relations in Client Verbal Behavior. *The Behavior Analyst, 6,* 47- 56.

Goldfried, M. R. (1978). On the search for effective intervention strategies. *Counseling Psychologist, 7*(3), 28- 30.

Goldfried, M. R., Castonguay, L. G., Hayes, A. M., Drozd, J. F. y Shapiro, D. A. (1997). A Comparative Analysis of the Therapeutic Fous in Cognitive- Behavioral and Psychodynamic-Interpersonal Sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(5), 740- 748.

Goldfried, M. R. y Davison, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy.* Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.

Goldfried, M. R., Raue, P. J. y Castonguay, L. G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: a comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(5), 803- 810.

Gordon, K. M. y Toukmanian, S. G. (2002). Is how it is said important? The association between quality of therapist interventions and client processing. *Counselling and Psychotherapy Research, 2*(2), 88- 98.

Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of consulting and Clinical Psychology, 54,* 4- 9.

Greenspan, M. y Kulish, N. M. (1985). Factors in premature termination in long-term psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 22,* 75- 82.

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.

Gross, A. y Fox, E. (2009). Relational Frame Theory: An overview of the controversy. *The Analysis of Verbal Behavior, 25,* 87- 98.

Hafner, R. J. (1983). Behavior therapy for agoraphobic men. *Behavior Research and Therapy, 21,* 51- 56.

Hamilton, S. A. (1988). Behavioral formulations of verbal behaviour in psychotherapy. *Clinical Psychology Review, 8,* 181-193.

Hanna, F. J. (1996). Precursors of change: Pivotal Points of Involvement and Resistance in Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 6*(3), 227- 263.

Hansen, A. M., Hoogduin, C. A., Schaap, C. y de Haan, E. (1992). Do drop-outs differ from successfully treated obsessive-compulsives? *Behavior Research and Therapy, 30*(5), 547- 550.

Hatcher, R. L. y Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(3), 292- 299.

Hawkins, R. P. (1997). Can Behavior Therapy be saved from triviality? Commentary on "Thirty years of Behavior Therapy". *Behavior Therapy, 28*, 637-645.

Hayes, S.C. (2005). Eleven rules for a more successful clinical psychology. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 1055-1060.

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: Plenum Publishers.

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., Masuda, A., Bisset, R., Luoma, J. y Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy Technologies? *Behavior Therapy, 35*, 35- 54.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: The Guilford Press.

Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gilford, E.V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152-1168.

Hellman, I. D., Morrison, T. L. y Abramowitz, S. I. (1987). Therapist Experience and the Stresses of Psychotherapeutic Work. *Psychotherapy, 24*(2), 171- 177.

Hill, C. E. (1978). Development of a counselor verbal category system. *Journal of Counseling Psychology, 25*, 461-468.

Hill, C. E. (1986). An overview of the Hill Counselor and Client Verbal Response Modes Category Systems. En L. S. Greenberg y W. S. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 131- 160). Nueva York: Guildford Press.

Hill, C. E. (2005). Therapist Techniques, Client Involvement, and the Therapeutic Relationship: Inextricably Intertwined in the Process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(4), 431- 442.

Hill, C. E., Charles, D. y Reed, K. G. (1981). A longitudinal analysis of changes in counselling skills during doctoral training in counselling psychology. *Journal of Counseling Psychology, 28*, 428- 436.

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., Corbett, M. M., Kanitz, B., Rios, P., Lightsey, R. y Gómez, M. (1992). Client behaviour in counseling and therapy sessions: Development of a pantheorical measure. *Journal of Counseling Psychology, 39*, 359- 549.

Hill, C. E., Greenwald, C., Reed, K. G., Charles, D., O'Farrell, M. K. y Carter, J. A. (1981). *Manual for Counselor and Client Verbal Response Category Systems*. Columbus, OH, U.S.: Marathon Consulting and Press.

Hill, C. E., Helms, J. E., Tichenor, V., Spiegel, S. B., O´ Grady, K. E. y Perry, E. S. (1988). Effects of therapist response modes in brief psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 33,* 222- 233.

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.

Hill, C. E., O´ Grady, K. E., Balenger, V., Busse, W., Falk, D. R., Hill, M., Rios, P y Taffe, R. (1994). Methodological examination of videotape-assisted reviews in brief therapy: helpfulness ratings, therapist intentions, client reactions, mood and session evaluation. *Journal of Counseling Psychology, 41,* 236- 247.

Hollingshead, A. B. y Redlich, F. C. (1958). *Social class and mental illness: A community study.* Nueva York: Wiley.

Hollon, S.D. (1996). The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative to medication. *American Psychologist, 51,* 1025-1030.

Holt, R. R. y Luborsky, L. (1958). *Personality patterns of psychiatrits* (Vol. 1). Nueva York: Basic Books.

Horowitz, M. J., Marmar, C., Weiss, D. S., DeWitt, K. N. y Rosenbaum, R. (1984). Brief psychotherapy of bereavement reactions: The relationship of process to outcome. *Archives of General Psychiatry, 41,* 438- 448.

Horvath, A. O. (2000). The Therapeutic Relationship: From Transference to Alliance. *In Session: Psychotherapy in Practice, 56*(2), 163-173.

Horvath, A. O. (2001). The Alliance. *Psychotherapy, 38*(4), 365-372.

Horvath, A. O. (2006). The Alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(3), 258-263.

Horvath, A. O. (2009). How real is the “real relationship”? *Psychotherapy Research, 19*(3), 273-277.

Horvath, A. O. y Bedi, R. P. (2002). The alliance. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychoterapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 37- 69). Nueva York: Oxford University Press.

Horvath, A. O. y Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research, and pratice.* Nueva York: Wiley.

Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 561- 573.

Horvath, A. O. y Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139- 149.

Howell, J. M. y Highlen, P. S. (1981). Effects of client affective self-disclosure and counselor experience on counsellor verbal behaviour and perceptions. *Journal of Counseling Psychology, 28,* 386- 398.

Hull, E. y Porter, JR. (1943). The development and evaluation of a measure of counselling interview procedures. *Educational and Psychological Measurement, 3,* 105-125.

Hupert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. y Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and CBT outcome for panic disorder: Results from a multicenter trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69,* 747- 755.

Hycner, R. (1990). The I- Thou relationship and Gestalt therapy. *Gestalt Journal,* 13, 41-54.

Imber, S. D., Nash, E. H. y Stone, A. R. (1955). Social class and duration of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 11,* 281- 284.

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.

Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E. y Holman, G. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: A successful and unsuccessful case using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis, 39,* 463- 467.

Kanter, J.W., Schildcrout, J.S., y Kohlenberg, R.J. (2005). In vivo processes in cognitive therapy for depression: Frecuency and benefits. *Psychotherapy Research, 15*(4), 366-373.

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.

Karpiak, C. P. y Benjamin, L. S. (2004). Therapist affirmation and the process and outcome of psychotherapy: two sequential analytic studies. *Journal of Clinical Psychology, 60,* 659-676.

Kazdin, A. E. (1979). Fictions, Factions, and functions of Behavior Therapy. *Behavior Therapy, 10,* 629- 654.

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.

Kazdin, A.E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy research, 19*(4-5), 418-428.

Kendall, P. y Clarkin, J. F. (1992). Special Section: Comorbidity and treatment planning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(6), 833- 904.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G. y Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders, 29,* 85- 96.

Kiesler, D. V. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin, 65,* 110-136.

Kim, D. M., Wampold, B. E. y Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random effects modelling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research, 16,* 161- 172.

Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C. y Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with Functional Analytic Psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice, 9,* 213- 229.

Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for crearting intense and curative therapeutic relationship.* Nueva York: Plenum.

Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1995). Functional Analytic Psychotherapy. A behavioral approach to intensive treatment. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change* (pp. 637-658). Washington, DC, U.S.: APA.

Kohlenberg, R. J., Tsai, M. y Dougher, M. J. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst, 16,* 271-282.

Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández-Parra, A., y Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 349-371.

Kohut, H. (1977). *The Restoration of the self.* Nueva York: International Universities Press.

Krasner, L. (1962). The therapist as a social reinforcement machine. En H. H. Strupp y L. Luborsky (Eds.), *Research in psychotherapy.* (Vol. 2, pp. 61-94). Washington, D. C: American Psychological Association.

Krause, M. S. y Lutz, W. (2009). Process transforms inputs to determinate outcomes: Therapists are responsible for managing process. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16,* 73-81.

Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.

Lafferty, P., Beutler, L. E. y Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 76- 80.

Lambert, M. J. (1982). *The effects of psychotherapist.* Nueva York: Human Sciences Press.

Lambert, M. J. (1989). The individual therapist´s contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review, 9,* 469- 485.

Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 94- 129). Nueva York: Basic Books.

Lambert, M. J. (2005). Early Response in Psychotherapy: Further Evidence for the Importance of Common Factors Rather Than "Placebo Effects". *Journal of Clinical Psychology, 61*(7), 855 – 869.

Lambert, M. J. y Baldwin, S. A. (2009). Some observations on Studying Therapists Instead of Treatment Packages. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*(1), 82- 85.

Lambert, M. J. y Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships that work.* Nueva York: Oxford University Press.

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 Okiishi, J. C. (1997). The Effects of the Individual Psychotherapist and Implications for Future Research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*(1), 66-75.

Landis, J.R. y Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics, 33,* 159-174.

Lampropoulos, G.K. (2000). Evolving psychotherapy integration: eclectic selection and prescriptive applications of common factors in therapy. *Psychotherapy, 37*(4), 285-297.

Lennard, H. L. y Bernstein, A. (1960). *The anatomy of psychotherapy: Systems of communication and expectation.* Nueva York: Columbia University Press.

Leudar, I., Sharrock, W., Truckle, S., Colombino, T., Hayes, J. y Booth, K. (2009). Conversation of emotions: On turning play into psychoanalytic psychotherapy. En A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen y I. Leudar (Eds.), *Conversation Analysis and Psychotherapy.* Cambridge University Press.

Lieberman, M. A., Yalom, I. E. y Miles, M. B. (1973). *Encounter groups: First facts*. Nueva York: Basic Books.

Llewelyn, S. y Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology, 40*, 1-21.

Loewald, H. W. (1986). Transference-countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 275- 287.

Lonborg, S. D., Daniels, J. A., Hammond, S. G., Houghton-Wenger, B. y Brace, L. J. (1991). Counselor and client verbal response mode changes during initial counselling sessions. *Journal of Counseling Psychology, 38*(4), 394- 400.

Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Claghorn (ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92- 116). Nueva York: Brunner/ Mazel.

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. (1997). The core conflictual relationship theme: A basis case formulation method. En Tracy D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation.* Nueva York: Guilford Press.

Luborsky, L., Crits- Christoph, P., McLellan, T., Woody, G., Piper, W., Imber, S. y Liberman, B. (1986). Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry, 56*, 501-512.

Luborsky, L., Diguer, L., Barber, J., Cacciola, J., Moras, K., Schmidt, K. y DeRubeis, R. (1996). Outcomes of short-term dynamic psychotherapy for chronic versus non-chronic major depresión. *Journal of Psychotherapy Research and Practice, 5*, 152-159.

Luborsky, L., McCellan, A. T., Diguer, L., Woody, G. y Seligman, D. A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapist and seven patient samples. *Clinical psychology: Science and Practice, 4*, 53-65.

Luborsky, L., Mintz, J. y Chirstoph, P. (1979). Are Psychotherapeutic Changes Predictable? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(3), 469- 473.

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.

Luborsky, L., Woody, G. E., McCellan, A. T., O´ Brien, C. P. y Rosenzweig, J. (1982). Can independient judges recognize differente psychotherapies? An experience with manual-guided therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 49- 62.

Luciano, M. C. (1993). La conducta verbal a la luz de recientes investigaciones. Su papel sobre otras conductas verbales y no verbales. *Psicothema, 5*, 351-374.

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. y Hayes, S. C. (2001). Trauma of experiential avoidance. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 1*, 109-157.

Luciano, M. C., Rodriguez, M. y Catania, A. C. (2008). Presentation of the Series Celebrating the 50th Anniversary of the book, *Verbal Behavior*, B. F. Skinner. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 8*(3), 275-276.

Lyons, L. C. y Woods, P. J. (1991), The efficacy of rational-emotive therapy: A quantitative review of the outcome research. *Clinical Psychology Review, 11*(4), 357- 369.

Mahoney, M.J. (1983). *Cognición y modificación de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1974).

Mahoney, M. J. (1995). Avances teóricos en las psicoterapias cognitivas y constructivistas. En M. J. Mahoney (Ed.), *Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, Investigación y práctica,* (pp. 21- 38). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Malik, M., Alimohamed, S., Holaway, R. y Beutler, L. E. (2000). Are all cognitive therapies alike? Validation of the TPRS. Symposium incluido en el *Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*, Chicago, IL.

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.

Malott, R. W. (2003). Behavior análisis and linguistic productivity. *The Analysis of Verbal Behavior, 19,* 11- 18.

Martin, D. J., Garske, J. P. y Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic Alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 438- 450.

Martindale, C. (1978). The Therapist- as- Fixed_ Effect Fallacy in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*(6), 1526-1530.

Martínez, F. H. (1991). Conducta verbal: ¿una teoría o una extensión?. *Apuntes de Psicología, 33,* 83-95.

Martínez, H. L. (2002). Características de los pacientes, los terapeutas y la relación que potencian las fuerzas de cambio en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 11*(1), 63-77.

McIlvane, W. J. (2003). A stimulus in need of a response: A review of Relational Frame Theory: A post- Skinnerian account of human language and cognition. *The Analysis of Verbal Behavior, 19,* 29-37.

Meltzoff, J. y Kornreich, M. (1970). *Research in Psychotherapy.* Nueva York: Atherton Press.

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.

Messer, S. B., Tishby, O. y Spillman, A. (1992). Taking context seriously in psychotherapy research: relating therapist interventions to patient progress in brief psychodynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(5), 678- 688.

Miller, W. R., Taylor, C. A. y West, J. C. (1980). Focused versus broad-spectrum behaviour therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48,* 590- 601.

Mintz, J., Drake, R.E. y Crits-Christoph, R. (1996). Efficacy and effectiveness of psychotherapy: Two paradigms, one science. *American Psychologist, 51,* 1084-1085.

Mitchell, K. M., Bozarth, J. D. y Krauft, C. C. (1977). A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, non-possesive warmth and genuineness. En A. S. Gurman y A. M. Razin (Eds.), *Effective Psychotherapy: A handbook of research* (pp. 482- 503). Nueva York: Pergamon Press.

Montaño Fidalgo, M. (2008). *Estudio observacional de la conducta verbal del psicólogo para el análisis del proceso terapéutico.* Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Muran, J., Gorman, B., Safran, J. y Twining, L. (1995). Linking in-session change to overall outcome in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 651- 657.

Najavits, L, M. y Weiss, R. D. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Addiction, 89,* 679- 688.

Nash, E., Hoehn-Saric, R., Battle, A., Stone, A., Imber, S. y Frank, J. (1965). Systematic preparation of patients for short-term psychotherapy: II. Relation to characteristics of patient, therapist y psychotherapeutic process. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 140,* 374-383.

Nathan, P.E, y Gorman, J.M. (Eds.) (2007). *A guide to treatments that work (3ª ed.).* 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.

O´ Malley, S. S., Suh, C. S. y Strupp, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A reporto n th escale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,* 581- 586.

Okiishi, J., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D. y Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients´ psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology, 62*(9), 1157- 1172.

Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. y Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink : An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*(6), 361- 373.

Orlinsky, D. E., Grawe, K. y Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy- Noch Einmal. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4ª ed.) (pp. 270- 376). Nueva York: John Wiley y Sons.

Orlinsky, D. E. y Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (3ª ed.). Nueva York: Wiley.

Orlinsky, D. E. y Howard, K. I. (1990). Gender and psychotherapeutic outcome. En A. M. Brodksy y R. T. Hare-Mustin (Eds.), *Women in psychotherapy* (pp. 3-34). Nueva York: Guilford Press.

Palisy, A. T. y Ruzicka, M. F. (1974). Practicum Students´ Verbal Responses to Different Clients. *Journal of Counseling Psychology, 21*(2), 87-91.

Parloff, M. B. (1986). Psychotherapy outcome research. En A. M. Cooper, A. J. Frances y M. H. Sacks (Eds.), *The personality disorders and neuroses.* Philadelphia: Lippincott.

Parloff, M. B., Waskow, I. E. y Wolfe, B. E. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. En S. L. Garfield y A. R. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 233- 282). Nueva York: Wiley.

Pérez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos.* Madrid: Universitas.

Pérez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo.* Madrid: Minerva Ediciones.

Petry, N. M., Tennen, H. y Affleck, G. (2000). Stalking the elusive client variable in psychotherapy research. En C. R. Snyder y R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practices for the 21st century* (pp. 88- 108). Nueva York: John Wiley y Sons.

Piñar, M. J., Caro, I. y Coscollá, A. (2001). Modos de respuesta verbal: describiendo el habla de pacientes y terapeutas. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 1*(2), 237- 257.

Polman, A., Bouman, T., Van Hout, W., Jong, P. y Boer, J. (2010). Processes of change in cognitive- behavioural treatment of obsessive- compulsive disorder: current status and some future directions. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17,* 1-12.

Project MATCH Research Group. (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychhotherapy Research, 8,* 455-474.

Quera, V. (1993). Análisis secuencial. En M. T. Anguera (Ed.), *Metodología observacional en la investigación psicológica. Volumen II: Fundamentación* (pp. 341–583). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.

Ribes, E. (1999). *Teoría del condicionamiento y lenguaje; un análisis histórico y conceptual*. México: Taurus.

Ribes, E. (2008). *Conducta Verbal* de B. F. Skinner: un análisis retrospectivo. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 8*(3), 323- 334.

Riscks, D. F. (1974). Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. En D. F. Riscks, M. Roff y A. Thomas (Eds.), *Life history research in psychopathology* (pp- 288- 308). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Rogers, C. R. (1951). *Client- Centered therapy.* Cambridge: Riverside Press.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21,* 95- 103.

Rogers, C. R. (1972). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.

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,* 341-354.

Rosenthal, D. y Frank, J. D. (1956). Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological Bulletin, 53,* 294- 302.

Roussos, A. (2001). *La inferencia clínica y la elaboración de hipótesis de trabajo de los psicoterapeutas: Estudio empírico mediante el uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos.* Tesis de Doctorado Publicada. Universidad de Belgrano, Argentina.

Ruiz Fernandez, M. A. y Villalobos, A. (1994). *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Fundación Universidad- Empresa.

Russell, R. L. y Czogalik, D. (1989). Strategies for analyzing conversations: Frecuences, sequences, or rules. *Journal of Social Behavior and Personality, 4,* 221- 251.

Russell, R. L. y Stiles, W. B. (1979). Categories for classifying language in psychotherapy. *Psychological Bulletin, 86*(2), 404- 419.

Russell, R. L. y Trull, T. J. (1986). Sequential Analyses of Language Variables in Psychotherapy Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,54*(1), 16- 21.

Sacks, H., Schegloff, E. A. y Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language, 50,* 696- 735.

Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S. y Murray, P. (1990). The therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy, 27,* 154- 165.

Safran, J. D. y Muran, J. C. (Eds.). (1995). The therapeutic Alliance. *In Session: Psychotherapy in Practice, 1*(1).

Safran, J. D. y Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 447- 458.

Safran, J. D. y Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic Alliance Ruptures: Diversity and integration. *In Session: Psychotherapy in Practice, 56*(2), 233- 243.

Safran, J. D. y Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

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.

Sandler, J., Dare, C. y Holder, A. (1993). *El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico.* Paidós: Barcelona.

Santibañez, P. M., Román, M. F., Lucero, C., Espinoza, A. E., Irribarra, D. E. y Müller, P. A. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica, 26*(1), 89- 98.

Saschse, R. (1990). The influence of therapist processing proposals on the explication process of the client. *Person- Centered Review, 5,* 321- 344.

Saschse, R. (1992). Diferencial effects of precessing proposal and content references on the explication process of clients with different starting conditions. *Psychotherapy Research, 2,* 235- 251.

Saschse, R. (1993). The effects of intervention phrasing on therapist- client communication. *Psychotherapy Research, 3,* 260- 277.

Saschse, R. y Elliot, R. (2001). Process- outcome research on humanistic therapy variables. En D. J. Cain y J. Seeman (Eds.), *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice.*Washington, D. C: American Psychological Association.

Scher, M. (1975). Verbal activity, sex, counselor experiencie and success in counseling. *Journal of Counseling Psychology, 22,* 97- 101.

Schlinger, H. D. (2008a). The long goodbay: Why B. F. Skinner´s *Verbal Behavior* is alive and well on the 50th anniversary of its publication. *The Psychological Record, 58,* 329- 337.

Schlinger, H. D. (2008b). Conditioning the behaviour of the listener. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 8*(3), 309- 322.

Schlinger, H. D. (2010). The impact of Skinner´s *Verbal Behavior: a response to Dymond and Alonso- Álvarez. The Psychological Record, 60,* 361-368.

Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist, 50,* 965-974.

Shapiro, D. A. y Firth, J. A. (1987). Prescriptive vs. exploratory psychotherapy: Outcomes of the Sheffield Psychotherapy Project. *British Journal of Osychiatry, 151,* 790-799.

Shapiro, D. A., Firth-Cozens, J. y Stiles, W. B. (1989). Therapists´ differential effectiveness: A Sheffield Psychotherapy Project addendum. *British Journal of Osychiatry, 154,* 383-385.

Shimoff, E. Catania, A. C. y Matthews, B. A. (1981). Uninstructed human reponding: sensitivity of low-rate performance to schedule contingencies. *Journal of the experimental analysis of behavior, 36,* 207-220.

Shoham, V y Bice, D. (1990). The state of the art and the progresión of science in family therapy research. *Journal of Family Psychology, 4*(1), 99- 120.

Sidman, M. y Tailby, W. (1982). Conditional discrimination vs. matching to sample: An expansion of the testing paradigm. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 37,* 5-22.

Siegel, S. M., Rootes, M. D. y Traub, A. (1977). Symptom change and prognosis in clinic psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 34,* 321- 331.

Skinner, B.F. (1938). *The behavior of organisms.* 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. (1979). Análisis operante. En B. F. Skinner, *Contingencias de reforzamiento. Un análisis teórico* (pp. 128-159). México: Trillas. (Trabajo original publicado en 1969).

Skinner, B. F. (1981). *Conducta verbal*. México: Trillas. (Trabajo original publicado en 1957)

Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J. y Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behaviour therapy.* Cambridge, M. A. : Harvard University Press.

Smith, M.L. y Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*(9), 752-760.

Snowden, L. R., Hu, T.-W. y Jerrell, J. M. (1995). Emergency care avoidance: Ethnic matching and participation in minority-serving programs. *Community Mental Health Journal, 31,* 463- 473.

Spradlin, J. E. (2003). Alternative theories of the origin of derived stimulus relations. *The Analysis of Verbal Behavior, 19,* 3- 6.

Spruiell, V. (1983). The rules and frames of the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Quarterly,* 52, 1- 33.

Staats, A. W. (1970). Social behaviourism, human motivation, and the conditioning therapies. En B. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research.* Nueva York: Academic Press.

Staats, A. W. (1983). *Aprendizaje, lenguaje y cognición*. México: Trillas (Trabajo original publicado en 1967).

Stein, D. M. y Lambert, M. J. (1984). On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome. *Clinical Psychology Review, 4,* 127- 142.

Stein, D. M. y Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy : Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 182-196.

Stiles, W. B. (1979). Verbal response modes and psychotherapeutic technique. *Psychiatry, 42,* 49- 62.

Stiles, W. B. (1987). Verbal response modes as intersubjective categories. En R. L. Russell (Ed.), *Language in psychotherapy: Strategies of discovery* (pp. 131-170). Nueva York: Plenum Press.

Stiles, W. B. (1993). Los modos de respuesta verbal en la investigación del proceso de la psicoterapia. En I. Caro (Ed.), *Psicoterapia e investigación de procesos,* (pp. 239- 264). Valencia: Promolibro.

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. (1995). Verbal Exchange Structure of a Brief Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(1), 15- 27.

Stiles, W. B., Shapiro, D. A. y Elliot, R. (1986). Are all Psychotherapies Equivalent? *American Psychologist, 41*(2), 165- 180.

Stiles, W. B., Shapiro, D. A. y Firth-Cozens, J. A. (1988). Verbal response mode use in contrasting psychotherapies: A within-subjects comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 727- 733.

Strosahl, K. D., Hayes, S. C., Wilson, K. G. y Gilford, E. V. (2005). An ACT premier: core therapy processes, intervention strategies and therapist competencies. En S.C. Hayes y K.D. Strosahl (Ed.) (2005), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 31-58). Nueva York: Springer Science y Business Media, Inc.

Strupp, H. H. y Anderson T. (1997). On the Limitations of Therapy Manuals. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*(1), 76-82.

Sue, S., Fujino, D. C., Hu, L.-T., Takeuchi, D. T. y Zane, N. W. S. (1991). Community mental health services for ethnic minority groups: A test of the cultural responsiveness hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 533- 540.

Sweet, A. A. (1984). The therapeutic relationship in behaviour therapy. *Clinical Psychology Review,* 4, 253- 272.

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and Dissemination of Empirically-Validated Psychological Treatments: Report and Recomendations. *The Clinical Psychologist, 48,* 3-23.

Terraz, O., Roten, Y., Crettaz de Roten, F., Drapeau, M. y Despland, J.-N. (2004). Sequential therapist interventions and the therapeutic Alliance: a pilot study. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 155*(3), 111- 117.

Tonneau, F. (2004). Book review: Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition. *British Journal of Psychology, 95,* 265-268.

Tonneau, F., Arreola, F. y Martínez, A. G. (2006). Function transformation without reinforcement. *Journal of the experimental analysis of behavior, 85,* 393-405.

Toukmanian, S. G. y Armstrong, M. S. (1998). York Therapist Process Measure. Trabajo no publicado, York University, Toronto, Ontario, Canada.

Trijsburg, R., Frederiks, G. C. F. J., Gorlee, M., Klouwer, E., Den Hollander, A. M. y Duivenvoorden, H. J. (2002). Development of the comprehensive psychotherapeutic interventions rating scale (CPIRS). *Psychotherapy Research, 12,* 287- 317.

Trijsburg, R., Lietaer, G., Colijn, S., Abrhamse, R. M., Joosten, S. y Duivenvoorden, H. J. (2004). Construct validity of the comprehensive psychotherapeutic interventions rating scale. *Psychotherapy Research, 14*(3), 346- 366.

Truax, C.B. (1966). Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian Psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology, 71*, 1-9.

Truax, C. B. y Mitchell, K. M. (1971). Research on Certain Therapist Interpersonal Skills in Relation to Process and Outcome. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Ed), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 299- 344). Nueva York: Wiley

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W. Kohlenberg, B., Follette, W. C. y Callaghan, G. M. (2009). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism.* Nueva York: Springer.

Turkat, I.D. (Ed.) (1985). *Behavioral case formulation.* Nueva York: Plenum Press.

Valdés, N., Dagnino, P., Krause, M., Pérez, J. C., Altimir, C., Tomicic, A. y de la Parra, G. (2010). Analysis of verbalized emotions in the psychotherapeutic dialogue Turing change episodes. *Psychotherapy Research, 20*(2), 136- 150.

Waddington, L. (2002). The therapy relationship in cognitive therapy: A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30,* 179- 191.

Wallach, M. S. y Strupp, H. H. (1964). Dimensions of Psychotherapists´activity. *Journal of Consulting Psychology, 28*(2), 120-125.

Watters, E. y Ofshe, R. (1999). *Therapy´s delusions: The myth of the unconscious and the exploitation of today´s walking worried.* Nueva York: Scribner.

Webb, C. A., DeRubeis, R. J. y Barber, J. P. (2010). Therapist Adherence/ Competence and Treatment Outcome: A Meta- Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 200-211.

Wierzbicki, M. y Pekarik, G. (1993). A Meta-analysis of Psychotherapy Dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(2), 190- 195.

Wilson, G. T. y Evans, I. M. (1977). The therapist-client relationship in behaviour therapy. En A. S. Gurman y A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 544-565). Nueva York: Pergamon.

Wilson, G. T., Hannon, A. E. y Evans, I. M. (1968). Behavior therapy and the therapist-patient relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32,* 103- 109.

Winefield, H. R., Bassett, D. L, Chandler, M. A. y Proske, I. (1987). Process in Psychotherapy as Decreasing Asymmetry between Patient and Therapist: Evidence from the Verbal Interaction. *American Journal of Psychotherapy, 41*(1), 117- 126.

Winter, D. (1990). Therapeutic alternatives for psychological disorders: personal construct investigations in a health service setting. En G. J. Neimeyer y R. A. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct theory* (Vol.1, pp. 89- 96*).* Greenwich, CT: JAI.

Winter, D. (1992). *Personal construct psychology in clinical practice.* London: Routledge.

Wiser, S. y Goldfried, M (1996). Verbal interventions on significant Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive- Behavioral therapy sessions. *Psychotherapy Research, 6*(4), 309- 319.

Wolfe, B. E. y Goldfried, M. R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from a NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 448- 451.

Yates, A. J. (1973). *Terapia del comportamiento*. México: Trillas. (Trabajo original publicado en 1970).

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis, 37,* 369- 376.

Zimmer, J.M. y Pepyne, E. W. (1971). A Descriptive and Comparative Study of Dimensions of Counselor Response. *Journal of Counseling Psychology, 18*(5), 441-447.

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 INTERACCIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL EN TERAPIA (SISC- INTER- CVT)

SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA INTERACCIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL EN TERAPIA (SISC- INTER- CVT)

Índice de contenidos

I. Subsistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta (SISC-CVT) 1

1. Breve definición de las categorías incluidas……... 3

2. Comentarios generales…….……...… 5
2.1. *Conducta a categorizar* ……..... 5
2.2. *Criterios generales de categorización*…… 5
2.3. *Tipos de categorías*...……... 6
2.4. *Registro de las categorías estado y las categorías evento*……..... 6
2.5 *¿Qué son los modificadores?*..... 6

3. Criterios específicos de categorización…….……..... 8

3.1. Función discriminativa……....……... 8
3.2. Función evocadora……..... 21
3.3. Función de refuerzo …….…….. 22
3.4. Función de castigo ……..…… 30
3.5. Función informativa……....……... 35
3.6. Función motivadora……..... 39
3.7. Función instructora…….……..... 43
3.8. Otras……..……..... 46
3.9. Un caso especial: cuando es el cliente el que adopta un papel más directivo en la interacción..... 49

I. Subsistema de categorización de la conducta verbal del cliente (SISC-CVC) 54

1. Breve definición de las categorías incluidas……. 54

2. Comentarios generales……..……..... 56

2.1 *Conducta a categorizar*……..... 56
2.2 *Criterios generales de categorización*…….. 56
2.3 *Tipos de categorías*…….. 57

3. Criterios específicos de categorización…….. 58

3.1 *Proporcionar información*……..... 58
3.2 *Solicitar información*……... 58
3.3 *Mostrar Aceptación*……..... 58
3.4 *Mostrar Desacuerdo*…… 60
3.5 *Mostrar Aceptación/ Desacuerdo vs. Proporcionar Información*…… 60
3.6 Malestar……..... 67
3.7 *Fracaso vs. Malestar*……... 70
3.8 *Fracaso*……..... 70
3.9 *Logro*……..... 71
3.10 *Bienestar*……..... 72
3.11 *Bienestar vs. Logro*…….. 75
3.12 *Seguimiento de Instrucciones*…… 75
3.13 *No seguimiento de Instrucciones*…….. 81
3.14 *Verbalización de reacciones emocionales*……... 81
3.15 *Otras*…… 82

I. SUBSISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL DEL TERAPEUTA (SISC-CVT)

1. BREVE DEFINICIÓN DE LAS CATEGORIAS INCLUIDAS

A continuación se presenta una breve definición de las categorías supraordenadas que se incluyen en el SISC-CVT así como un listado de las variantes de las mismas.

Función discriminativa. *(Categoría evento)* Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del cliente (verbal o no) que suele ir seguida de función de refuerzo o de castigo.

- Modificadores:
  - Sin indicar la dirección deseada de la respuesta
  - Indicando la dirección deseada de la respuesta
  - Discriminativa conversacional
  - Discriminativa fallida

Función evocadora. *(Categoría evento)* Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o bien a la verbalización de una respuesta emocional que está teniendo lugar.

Función de refuerzo. *(Categoría evento)* Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación de la conducta emitida por el cliente.

- Modificadores:
  - Refuerzo conversacional
  - Bajo
  - Medio
  - Alto

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.

- Modificadores:
  - Bajo
  - Medio
  - Alto

Función informativa. *(Categoría estado)* Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta.

Función instructora. *(Categoría estado)* Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta del cliente fuera o dentro 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.

Función motivadora. *(Categoría estado)* Verbalizaciones del terapeuta que explicitan las consecuencias que la conducta del cliente (mencionada o no esta conducta y/o la situación en que se produce) tendrá, está teniendo, ha tenido o podrían tener (situaciones hipotéticas) sobre el cambio clínico.

Otras. *(Categoría evento)* Cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores.

2. COMENTARIOS GENERALES

2.1 Conducta a categorizar. En general, se registrará sólo la conducta verbal del terapeuta. Aunque, para ello, en ocasiones habrá que tener en cuenta el comportamiento no verbal cuando éste modifique sustancialmente el significado de la parte verbal, por ejemplo, para entender una ironía. Por otra parte, sólo se tendrá en cuenta el comportamiento no verbal en ausencia de comportamiento verbal en casos excepcionales, como el siguiente:

Ejemplo:

- *Psicólogo: "¿Se lo dijiste a tu hermano?"* (Función discriminativa sin indicar)
- *Cliente: "¿Que si se lo dije a mi hermano?"*
- *Psicólogo: (gesto afirmativo con la cabeza)* (Función discriminativa sin indicar)
- *Cliente: "Pues sí, se lo dije"*

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.

No se registrarán los bloques en los que terapeuta y cliente hablan sobre temas que no tienen que ver con el motivo de consulta. Se señalará que se da un bloque de charla intrascendente, pero no se registrarán las verbalizaciones del terapeuta ni del cliente. Si para el cálculo de la fiabilidad alguno de los observadores considera que hay un bloque no terapéutico y, por tanto, no lo registra, el otro observador lo borrará de su registro para no dar lugar a una bajada "artificial" de la concordancia entre observadores.

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.

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 un ejemplo de este acuerdo general en el caso de los "Discriminativos fallidos" mencionados en el apartado correspondiente a la categoría *Función discriminativa*).

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, se 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 motivadora*, deberíamos considerar toda la intervención dentro de esta última categoría. Si, por el contrario, se hace una breve referencia a las consecuencias (*Función motivadora*) 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 motivadora* y la *Función informativa*, segmentando la verbalización emitida por el clínico.

En los casos en los que varias verbalizaciones consecutivas se den con muy poca diferencia de tiempo entre ellas, siempre se prestará atención a registrarlas con tiempos diferentes (que puede ser cuestión de décimas o centésimas de segundo) para que puedan ser consideradas en posteriores análisis como categorías diferentes.

Sólo se debe tener en cuenta la información que se da en la sesión para categorizar el comportamiento del terapeuta, y no la información que tengamos del caso por sesiones anteriores o por otras fuentes. Así, por ejemplo, en un caso de déficit de habilidades sociales, podría surgir la duda de si que el terapeuta diga "qué bien te queda el pelo como te lo has peinado hoy" es una *Función de refuerzo* o *Función motivadora* en lugar de *Otras*. En este caso habría que considerarlo *Otras* porque al no tener en cuenta la información previa, no tiene una función terapéutica.

Se registrará el inicio de las verbalizaciones del terapeuta cuando éste empiece a emitir verbalizaciones con significado, nunca cuando emite sonidos como *"mmm"*, *"ehhh"*.

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. Las categorías que se registrarán como evento serán la *Función discriminativa*, la *Función de refuerzo*, la *Función de castigo*, la *Función evocadora* . Las categorías que se registrarán como estado serán la *Función instructora*, la *Función Informativa* y la *Función Motivadora*.

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 una interrupción o comentario del cliente, entonces debe registrarse el fin del estado inicial y marcar la verbalización del cliente así como el comienzo de un nuevo estado del terapeuta aunque la categoría sea la misma que el anterior estado.

2.5 ¿Qué son los modificadores? El programa *The Observer XT* nos da a elegir, cuando es el caso, distintos modificadores para cada una de las categorías supraordenadas de este subsistema. Los modificadores de una categoría hacen referencia a variaciones o subtipos de la misma, por ejemplo, qué intensidad tiene la verbalización del terapeuta categorizada como *Función de refuerzo*. Así, cuando categorizamos una verbalización del psicólogo como una determinada función, tendremos que elegir, cuando se dé el caso, no sólo la función sino qué modificador de la misma se puede aplicar a dicha verbalización. Aunque técnicamente una categoría supraordenada junto con el modificador correspondiente se consideraría una categoría en sí misma dentro del sistema de categorización, utilizaremos aquí el término modificador por ser el usado por el programa empleado para realizar los registros.

3. CRITERIOS ESPECÍFICOS DE CATEGORIZACIÓN

3.1 Función discriminativa

La ocurrencia de la categoría *Función discriminativa* se registrará al final de la verbalización codificada y no al principio de la misma.

3.1.1 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 repetición de la verbalización previa del terapeuta porque ésta no ha sido entendida por el cliente, se registrará la categoría *Función discriminativa.* 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"*

3.1.2 Cuando el terapeuta presente una verbalización categorizada como estado, 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 parte final de la verbalización del psicólogo como *Función discriminativa conversacional* (ver más adelante los modificadores de la *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 conversacional*)
- *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"*

3.1.3 En los casos en los que ante una verbalización del terapeuta registrada como categoría estado, el cliente emite verbalizaciones solamente de asentimiento ante lo que el psicólogo dice, no se considerarán las verbalizaciones previas del terapeuta como *Función discriminativa*. 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 cambiando manifiestamente su discurso, entonces sí se interrumpirá la categoría estado y se marcará la secuencia *Función discriminativa conversacional* (ver más adelante los modificadores de la *Función discriminativa)* y/o *Función de refuerzo*.

Ejemplos:

- *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 conversacional)
- *Cliente: Cabeceo*
- *Psicólogo: "Por eso es por lo que ahora tienes esas mismas reacciones cada vez que vas a un examen"* (Función informativa)

- *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), (Función discriminativa)

- *Cliente: Cabeceo*
- *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)

Sobre este último ejemplo queremos señalar que: si en medio de una verbalización categorizada como estado, el cliente asiente diciendo algo como "ya", "vale" (o cualquier otra verbalización no elaborada) y el psicólogo continua la verbalización estado con "vale", "claro", es decir, una *Función de refuerzo bajo* (ver más adelante los modificadores de la *Función de refuerzo*), no se marcará *Función de refuerzo,* al entenderlo como un refuerzo conversacional. No obstante, sí se interrumpirá el estado con la categoría *Función discriminativa conversacional* (ver más adelante los modificadores de la *Función discriminativa).*

Por otro lado, la última excepción a señalar, se da en los casos en los que el cliente, a modo de asentimiento ante lo que dice el psicólogo, repite lo que éste acaba de decir. Si esta repetición incluye un verbo, no se interrumpiría el estado para marcar *Función discriminativa conversacional*.

Ejemplos:

- *Psicólogo: "…Y estos favorecen…"* (Función informativa)
- *Cliente: "Sí, favorecen"*
- *Psicólogo: "…Los cambios en …"* (Función informativa)

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 que el cliente comience a hablar, independientemente de que el terapeuta siga emitiendo su verbalización durante unos segundos y superponiendo su voz a la del cliente. Se cortará el estado aunque haya ocasiones en las que el cliente intervenga sólo un poco antes de que el terapeuta termine su discurso y se entienda perfectamente lo que éste dice. Por tanto, habrá que estar muy atento de los posibles solapamientos de discursos en estos casos, pues podría ser significativo que el cliente empezase sistemáticamente antes de que el terapeuta terminase y de ser así sería conveniente señalarlo.

3.1.5 Sólo se interrumpirá una *categoría estado* para marcar la ocurrencia de un comportamiento codificable como *Función discriminativa* (*conversacional*, como se indicará más adelante) 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) o si el terapeuta deja su verbalización a medias y sin sentido por si sola y el cliente la retoma para iniciar su siguiente verbalización (en este caso no es preciso que exista solapamiento para que decidamos cortar).

Sobre esto último señalamos la posibilidad intermedia de que el terapeuta termine su verbalización con sentido por si misma y haga explícito por su conducta no verbal (tono y gestos sobre todo) que iba a continuar hablando, pero las

verbalizaciones de terapeuta y cliente no se solapen. En este caso no señalaríamos la discriminativa conversacional.

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 conversacional)
- *Cliente: "Sí, creo que lo he entendido"*

3.1.7 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 debe incluirse en la categoría *Función discriminativa* final. La excepción será 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*.

3.1.8 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.

3.1.9 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 motivadora)

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

Ejemplo:

- *Psicólogo: "Lo que te quiero decir es, ¿qué consecuencias habría tenido que no fueras? Absolutamente ninguna"* (Función motivadora).

- *Cliente: "Ninguna"*

3.1.11 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 motivadora)
- *Cliente: "Ya. Vale"*

3.1.12 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: "Hombre, razones… razones no tengo…"*
- *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"*

Como excepción a este punto señalamos que, para registrar este tipo de discriminativos divididos dentro de una misma pregunta, sólo tendremos en cuenta la conducta verbal del cliente. No cortaremos la verbalización por asentimientos o cabeceos. Tomamos esta decisión contraria al resto de situaciones de registro porque en momentos de evaluación es muy habitual que el terapeuta vaya repitiendo y recopilando la información que va obteniendo a lo largo de la sesión para lanzar de nuevo verbalizaciones con función discriminativa. Ante dichas verbalizaciones largas del terapeuta, es habitual que el cliente asienta y reafirme la información anteriormente concedida, con asentimientos no verbales y cabeceos. Consideramos que señalar todos estos eventos supondría fragmentar en exceso el registro e inflar el número de verbalizaciones registradas como discriminativo.

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. Esta 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"*

3.1.13 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 habérsele olvidado"*

3.1.14 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"*

3.1.15 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.

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

3.1.16 Cuando dentro del mismo turno de habla del terapeuta, éste hace varias preguntas seguidas pero no deja contestar al cliente entre medias y el cliente sólo contesta al terminar éste de hablar, solamente se señalaría una categoría con *Función discriminativa*, que sería:

a. La última, en el caso de que todas las preguntas vayan dirigidas en una misma dirección.

b. Aquella pregunta a la que el cliente responda, en los casos en los que las preguntas se refieran a contenidos distintos.

Modificadores de la *Función discriminativa*

3.1.17 Función discriminativa. Modificador "Indicando" o "Sin indicar" (la dirección deseada de la respuesta):

- Modificador indicando: Aquel discriminativo que nos indica la dirección de la respuesta deseada.

- Modificador sin indicar: Aquel discriminativo que no nos indica la dirección de la respuesta deseada.

a. Para decidir si la categoría *Función discriminativa* indica o no indica la dirección deseada de la respuesta, se considerará solamente ese turno de habla del terapeuta y no los anteriores al mismo. Además, hemos de diferenciar entre la "intención" del terapeuta con una pregunta (que siempre irá en la dirección del cambio) y que la pregunta guíe la respuesta que quiere que el cliente dé.

b. Sólo se señalará el modificador "indicando" en aquellos casos en los que el psicólogo añade en su pregunta una posible respuesta o da fuentes de información, contenidos, para que el cliente responda a la pregunta. Por tanto, la pregunta indicará la dirección de la respuesta deseada ante la misma.

   Desde este punto de vista, en las preguntas como *"¿Crees entonces que es políticamente correcto?"* o *"¿Crees que es un buen criterio?"* se señalaría el modificador "sin indicar" y también en las preguntas que incluyen dos opciones, como *"¿Crees que es fruto del azar o que tú hiciste cosas para ello?"*.

   En las preguntas anteriores se señalaría el modificador "indicando" si el terapeuta dijera algo que sugiriera la respuesta, como *"¿No crees que según lo que hemos dicho eso sería políticamente correcto?"*, *"¿Crees que es un buen criterio, verdad?"*. La regla general, por tanto, es restringir la selección de la categoría *Función discriminativa "indicando"* para aquellos casos en que esta indicación quede clara a través de partículas en las verbalizaciones como:

   - "No", "verdad", "osea", "Me dices que…", "Por lo que veo…", "Supongo…", "Desde luego", "Por lo que me cuentas", "Me dijiste", "Incluso…"

Algunos ejemplos de verbalizaciones categorizadas como *Función discriminativa* que podrían ser dudosos y que, según estos acuerdos, serían "sin indicar" son los siguientes:

Ejemplos:

- *Psicólogo: "¿Crees que hay una relación causa-efecto entre el mes del año y el número de defunciones?"*

- *Psicólogo: "¿El fin de semana saliste?"*

- *Psicólogo: "¿Si estuvieras más delgada te sentirías mejor?"*

- *Psicólogo: "¿Tu objetivo sería perder peso?"*

- *Psicólogo: "¿Tú crees que podrías sentirte bien aun cuando no adelgaces tanto?"*

- *Psicólogo: "¿Crees que es un buen criterio para ser feliz?"*

- *Psicólogo: "¿Crees que es un buen criterio?"*

- *Psicólogo: "¿Pero que se mantenga la relación es fruto de la casualidad?"*

- *Psicólogo: "¿Crees que es fruto del azar o que tú hiciste cosas para ello?"*

c. En los casos en los que en la verbalización aparezca una partícula que identifiquemos como indicador del modificador Indicando, pero en la pregunta se presenten varias opciones de respuesta, siempre registraremos sin indicar.

- Psicólogo: "¿Me dijiste que fuiste al cine o al final fuiste a cenar?" (Función discriminativa sin indicar)

d. Un caso que puede dar lugar a duda es el siguiente: cuando se da una verbalización categorizada como *Función discriminativa fallida* (interrumpida por el cliente o no contestada por él) pero que claramente indicaba la dirección de la respuesta, y seguidamente hay otra verbalización categorizada como *Función discriminativa* y a la que el cliente sí contesta, pero que sólo es una pregunta del tipo *"¿qué crees?"*. Esta última *Función discriminativa*, sería "indicando". En este caso se acuerda que la primera verbalización sería *Función discriminativa fallida* y la segunda sería una *Función discriminativa sin indicar*, pues estrictamente no se puede considerar que la segunda verbalización indique la dirección de la respuesta.

- Teniendo en cuenta el acuerdo 3.1.12 (apartado b) en el que explicábamos que, ante una verbalización con posible función discriminativa, por ejemplo, una pregunta, esta puede dividirse en diversas partes y el cliente va respondiendo a ellas de forma diferenciada (con verbalizaciones elaboradas o con asentimientos siempre verbales), se marcarían tantas categorías *Función discriminativa* como respuestas elicitadas se observen; concretamos lo siguiente: si en algún momento de la verbalización (normalmente al principio o al final de la misma) aparece cualquiera de las partículas indicadoras del modificador *Indicando* todos los fragmentos de esta verbalización registrados como Función discriminativa se convertirán en Función Discriminativa Indicando.

  Ejemplo:
  - *Psicólogo: "O sea que… volviste a Madrid…*(Función discriminativa indicando)
  - *Cliente: "Sí"*

- *Psicólogo: …Reanudaste tu relación con él…*(Función discriminativa indicando)
- *Cliente: "Sí"*
- *Psicólogo: "…sin problemas…"* (Función discriminativa indicando)
- *Cliente: "Sí, sí, sin problemas"*

3.1.18 Función discriminativa. Modificador "Conversacional":

La *Función discriminativa conversacional* tendría lugar en los siguientes casos:

a. Cuando el terapeuta hace preguntas del tipo *"¿me entiendes?"*en medio (*) o al final de una categoría estado.

Ejemplo:

- *Psicólogo: "(…) Ya no estás en un ambiente de indefensión, sin embargo, sigues sintiendo, te sigues comportando como si estuvieses en ese ambiente. ¿Por qué?, porque no has aprendido otras cosas* (Función informativa), *¿me entiendes?* (Función discriminativa conversacional)"

(*) Cuando se dice "en medio" no significa que en todo caso tenga que darse entre el final de una categoría estado y el inicio de la siguiente. Podemos encontrarnos con distintas opciones:

- Hay ocasiones en las que el cliente intenta hablar durante el discurso del terapeuta y éste "castiga" ese intento de interrupción y después pregunta *"¿me entiendes?"*, para seguir con la misma verbalización en cuanto el cliente conteste. En ese caso, también ese *"¿me entiendes?"* sería *Discriminativo conversacional*, aunque entre medias de las categorías estado del terapeuta hubiese una verbalización categorizada como *Función de castigo*.

  Ejemplo:

  - *Psicólogo: "(…) Entonces esto ha provocado que se mantenga tu problema…"* (Función informativa)
  - *Cliente: "(intenta interrumpir) pero es que…"*
  - *Psicólogo: "Espera un momento* (Función de castigo bajo). *¿Me entiendes?* (Función discriminativa conversacional)*"*
  - *Cliente: "Sí"*
  - *Psicólogo: "Tu problema se ha mantenido porque…"* (Función informativa).

- Otras veces nos encontramos con que las verbalizaciones del cliente que interrumpen la función estado del terapeuta son reforzadas por este último, y tras este refuerzo verbaliza una pregunta del tipo *"¿me entiendes?"*. En ese caso, también ese *"¿me entiendes?"* sería *Discriminativo conversacional*, aunque entre medias de las categorías estado del terapeuta hubiese una verbalización categorizada como *Función de refuerzo.*

Ejemplo:

- *Psicólogo: "(…) Entonces esto ha provocado que se mantenga tu problema…"* (Función informativa)
- *Cliente: "y que yo este mal…"*
- *Psicólogo: "Exactamente* (Función de refuerzo medio). *¿Me entiendes?* (Función discriminativa conversacional)*"*
- *Cliente: "Sí"*
- *Psicólogo: "Tu problema se ha mantenido porque…"* (Función Informativa).

▪ Por último, podemos encontrarnos con que después de una verbalización estado el terapeuta insiste varias veces con preguntas del tipo *"¿me entiendes?"*. En este caso registraremos todos estos discriminativos con el modificador conversacional.

Ejemplo:

- *Psicólogo: "(…) Ya no estás en un ambiente de indefensión, sin embargo, sigues sintiendo, te sigues comportando como si estuvieses en ese ambiente. ¿Por qué?, porque no has aprendido otras cosas* (Función informativa), *¿me entiendes?* (Función discriminativa conversacional)"
- Cliente: "Sí"
- Psicólogo: ¿Sí? (Función discriminativa conversacional)
- Cliente: "Sí"

- Se diferenciará de este último punto ejemplos como el siguiente: después de una categoría estado, el terapeuta dice *"a ver"* (en el sentido de *"dime, qué piensas"*). Este ejemplo se categorizaría como *Función discriminativa*, pero no con el modificador "conversacional" sino con el modificador "sin indicar".

- Las preguntas del tipo *"¿me entiendes?"* podrían incluir ejemplos como: *"¿no?", "¿sí?", "¿verdad?", ¿"sí o no"?, "¿de acuerdo?", "¿Me he explicado?"," ¿Te parece bien?"*. Todas estas preguntas se consideran equivalentes a *"¿me entiendes?"* y, por tanto, se registrarán siempre como *Función discriminativa conversacional* cuando se hagan en medio o al final de una categoría estado y el cliente conteste a ellas. Si el cliente no contesta, en general, se entenderán y se registrarán como parte del estado previo, pues muchas veces el psicólogo no espera una respuesta por parte del cliente, solamente lo dice a modo de "muletilla".

- Incluso el siguiente ejemplo también se categorizaría como *Función discriminativa conversacional* porque equivaldría a *"¿sí o no?"*: el terapeuta está informando y, llegado un punto, no sabe si se está equivocando o no y le pregunta al cliente *"vamos, no sé si me equivoco o no…"*.

- Otro caso diferente sería cuando el psicólogo hace una de estas preguntas al cliente, pero no después ni en medio de un estado sino en otro momento. Por ejemplo, cuando el cliente está explicando algo y el psicólogo le pregunta, *"¿entonces, sí o no?"*. En este caso, habría que señalar si es *Función*

discriminativa indicando o *sin indicar* (según los acuerdos, habría que señalar el modificador "sin indicar").

b. También se señalará la categoría *Función discriminativa* con el modificador "conversacional" para las verbalizaciones del psicólogo que implican una exclamación ante algo que el cliente está diciendo y que, al mismo tiempo, se hacen en tono interrogativo. Por ejemplo, *"¿en serio?", "¿no me digas?"*, etc.

c. También se señalará la categoría *Función discriminativa* con el modificador "conversacional" en el momento en que el cliente corte cualquier categoría estado del terapeuta.

Hay veces en que puede haber confusión sobre si la verbalización del terapeuta ya ha terminado y, por tanto, la siguiente verbalización del cliente no se puede entender como interrupción, y cuándo la verbalización es interrumpida y hay que marcar la categoría *Función discriminativa conversacional*. Como explicábamos en el apartado 3.1.5, en estos casos se considerará interrupción cuando el cliente hable en mitad de una palabra o frase del terapeuta, es decir, cuando se solapen claramente sus discursos y se pueda escuchar a los dos al mismo tiempo (finalizando la verbalización del terapeuta antes de que el cliente concluya su turno). También se registrará de esta manera cuando parezca que el terapeuta va a seguir hablando (*"…y…", "…para…"*). Si se encuentra un caso que no se ajuste a estos criterios no se considerará interrupción.

3.1.19 Discriminativo fallido.

Este modificador recogerá los siguientes casos:

a. El cliente interrumpe al psicólogo, o este último se queda a medias, en la presentación de una posible verbalización con *Función discriminativa* porque continúa o inicia un discurso al margen del clínico.

Ejemplo:
- *Psicólogo: "Entonces me decías que conseguiste ir al cine con tu vecina…"* (Discriminativo fallido)
- *Cliente: "Esta semana me ha costado mucho hacer la limpieza de la casa"*

b. El cliente contesta con algo que no tiene relación con la pregunta del terapeuta.

- *Psicólogo: "¿Qué tal la semana?"* (Discriminativo fallido)
- *Cliente: "Me he perdido para llegar…"*

▪ Se registrarán como *Función discriminativa* y no como *Discriminativo fallido* aquellas verbalizaciones para las que tengamos constancia verbal o no verbal de la respuesta del cliente, ya sea porque la observemos directamente (por ejemplo: asentimiento), o porque el terapeuta se refiera a ella.

- En los casos en los que el terapeuta pregunte al cliente, éste no conteste y el terapeuta reformule la pregunta, consideraremos las dos verbalizaciones dentro de la misma y última verbalización discriminativa. Tomamos esta decisión porque muchas veces el psicólogo formula la misma pregunta de diferentes formas sin dejar que el cliente conteste y es imposible decidir cuando ocurre esto o por el contrario cuándo lo que esta sucediendo es que el cliente esta ignorando la primera verbalización del terapeuta.

- A estos acuerdos se añade el siguiente: muchas veces, a lo largo de las categorías estado, el terapeuta pregunta al cliente *"¿me entiendes?"*, *"¿verdad?"*, etc. y no espera respuesta de él, pues sigue hablando a continuación. Sin embargo, hay alguna vez que después de *"¿me entiendes?"*, el psicólogo para y espera una respuesta del cliente e incluso muchas veces repite la pregunta. En estos casos, la falta de respuesta del cliente haría que se registrara la verbalización del psicólogo como *Función discriminativa fallida*.

- Hay algunas veces que el terapeuta hace una pregunta y el cliente cabecea. En estos casos hay que diferenciar entre las preguntas cerradas sí/no, en las que un cabeceo serviría como respuesta, y las preguntas abiertas, en las que un cabeceo no serviría como respuesta a la pregunta. Entonces, proponemos que ante las preguntas sí/no en las que el cliente cabecea, la categoría *Función discriminativa* no se considere "fallida". Sin embargo, en las preguntas abiertas en las que sólo haya un cabeceo por respuesta, sí hay que considerarlas "fallidas".

Se presenta el siguiente **cuadro resumen** que incluye todas las posibilidades mencionadas en los distintos acuerdos a lo largo del presente documento, en torno a la diferencia entre los momentos en que ante una pregunta del terapeuta del tipo *"¿me entiendes?"* en medio de una categoría estado, hay que registrar *Función discriminativa conversacional* o *fallida* y cuándo no se tiene que registrar la *Función discriminativa*.

	Si se ve la cabeza del cliente (de modo que se pudiera ver un asentimiento o negación)	***Si no se ve la cabeza del cliente (de modo que no se pudiera ver un asentimiento o negación) y tampoco existe respuesta verbal***
Si el terapeuta está mirando al cliente para esperar su respuesta	→ Si el cliente contesta verbalmente y/o con la cabeza: D. Conversacional → Si no contesta ni verbalmente ni con la cabeza o responde otra cosa: D. Fallido	No se registra nunca F. Discriminativa (*)
Si el terapeuta no está mirando al cliente	→ Si el cliente contesta verbalmente y/o con la cabeza: D. conversacional → Si no contesta ni verbalmente ni con la cabeza: no re registra F. Discriminativa	No se registra nunca F. Discriminativa

(*) Hay dos excepciones en esta regla: 1) Se daría en el caso en que el terapeuta pregunte una primera vez, por ejemplo, *"¿me entiendes?"* y el cliente no conteste verbalmente (y no se ve su cabeza) y entonces lo pregunta una segunda vez. En este caso, aunque no se escuche de nuevo una respuesta verbal (y se sigue sin ver la cabeza), se da por hecho que el cliente ha tenido que asentir con la cabeza pues, si no, el terapeuta lo volvería a preguntar; por tanto, el segundo discriminativo se registraría como "conversacional" (y el primero como "fallido"). 2) Cuando una respuesta del cliente, aunque sea no elaborada, altera el discurso del terapeuta, también se interrumpiría el estado que esté teniendo lugar y se registraría *Discriminativo conversacional*. Incluso en el caso de que no veamos la respuesta del cliente ni la escuchemos pero se pueda entender ésta por la respuesta del terapeuta (*"claro"*, *"ya"*, etc.), entonces se registraría *Función Discriminativa conversacional* en el terapeuta y también la supuesta respuesta del cliente.

Ejemplos:

- *Psicólogo: "(…) ¿Me entiendes?"* (Función discriminativo fallido)
- *Cliente: (no se oye ni se ve nada)*
- *Psicólogo: ¿Me entiendes?"* (Función discriminativa conversacional)
- *Cliente: (no se oye ni se ve nada)*

- *Psicólogo: "(…) ¿Me entiendes?"* (Función discriminativa

conversacional)
- *Cliente: (no se oye ni se ve nada)*
- *Psicólogo: "Claro, es eso, lo que te decía, que (…)"*

3.2 Función evocadora

3.2.1 Consideraremos esta categoría como una *categoría evento* señalando su ocurrencia y no su duración. Se señalará en el momento que se elicite la respuesta en el cliente. Se considerará que la verbalización del terapeuta evoca una respuesta en el cliente cuando éste manifieste una reacción emocional justo después de la intervención del terapeuta; en el caso de que el cliente comience su verbalización sin reacción emocional y después manifieste una reacción emocional, entonces no se registrará la verbalización del terapeuta como *Función evocadora* (porque no sabemos qué es lo que ha provocado esa respuesta emocional). Por otra parte, esto implica que, si el cliente ya estaba manifestado esa reacción emocional antes de la intervención del terapeuta, no se señalará la categoría *Función evocadora*.

3.2.2 En caso de que el cliente empiece a manifestar una reacción emocional y ésta se mantenga durante un tiempo, no se seguirá señalando la categoría *Función evocadora* en todas las verbalizaciones del terapeuta que estén comprendidas en ese periodo, sino sólo en la primera. Si en esa misma sesión se vuelve a dar una respuesta emocional después de un periodo sin respuesta emocional, se señalará de nuevo la categoría *Función evocadora* sólo en la verbalización inmediatamente anterior del terapeuta.

3.2.3 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 va seguida de una respuesta del cliente que no tiene relación con la pregunta del terapeuta, entonces se registrará la categoría.

3.2.4 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.

3.2.5 También puede aparecer la categoría *Función evocadora* en la fase de tratamiento cuando, como parte de los objetivos terapéuticos, se busque explícitamente evocar la respuesta condicionada correspondiente.

3.2.6 Así mismo, aunque un criterio para registrar la *Función evocadora* es que el cliente muestre una respuesta emocional acompañada de verbalización o informe acerca de una reacción emocional 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 (se da por supuesto que el terapeuta está teniendo en cuenta la información que le da el cliente sobre la exposición en

imaginación, por ejemplo, levantando un dedo cuando se imagine la escena). Durante dicha exposición en imaginación:

- Verbalizaciones del tipo "imagina", "piensa", "recuerda", se categorizarán como *Función instructora.*
- Verbalizaciones describiendo la situación a evocar (por ejemplo, "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 (por ejemplo, "estás en la sala de espera y dicen tu nombre *(Función evocadora)*, recuerda cómo te sentiste en ese momento *(Función instructora)*, 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.

3.2.7 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.

3.3.2 Aunque es muy posible que algunas verbalizaciones del terapeuta pudieran 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 el 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 (Por 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 tras una verbalización del cliente hace exclamaciones del tipo "¿sí?", "¿de verdad?", "¿no me digas?", etc., o bien cuando verbaliza cosas como "muy bien", "estupendo", "genial"), se decidirá si prima una u otra función atendiendo a los siguientes criterios:

- Prevalecerá 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) en los casos en los que el terapeuta verbalice exclamaciones del tipo "¿sí?", "¿de verdad?", "¿no me digas?".

  Ejemplo:
  - *Cliente: "Ayer hice todo lo que me mandaste"*
  - *Psicólogo: "¿No me digas?"* (Función discriminativa).
  - *Cliente: "Sí, la verdad es que estoy muy contenta"*

    Hacemos explícito en este acuerdo que incluso en los casos en los que este tipo de verbalizaciones repitan lo que acaba de decir el cliente (suele ocurrir con el *"¿sí?", "¿no?")* y se solape el discriminativo con el posible refuerzo de repetición decidimos siempre registrar Función discriminativa.

  - *Psicólogo: "¿estás de acuerdo?"* (Función discriminativa conversacional).
  - *Cliente "Sí…"*
  - *Psicólogo: "¿Sí?"*(el tono de esta verbalización suele ser muy ambiguo y provoca que sea imposible decidir si el terapeuta está repitiendo lo que ha dicho el cliente o esta preguntando de nuevo para asegurarse) (Función discriminativa conversacional).

- En los casos en los que el terapeuta se anticipa y completa una verbalización del cliente y en los casos en los que verbaliza cosas que socialmente se entienden como reforzantes, como "muy bien", "estupendo", "genial", consideraríamos que estamos ante un supuesto refuerzo y registraríamos la categoría *Función de refuerzo* (aunque esta verbalización pueda alterar la siguiente verbalización del cliente).

  Ejemplos:
  - *Cliente: "Ayer hice todo lo que me mandaste…"*
  - *Psicólogo: "¡Qué bien!"* (Función de refuerzo)
  - *Cliente: "…sí, la relajación, la respiración y la exposición"*

  - *Cliente: "Ayer hice todo lo que me mandaste…"*
  - *Psicólogo: "Para la semana"* (Función de refuerzo).
  - *Cliente: "…sí, para la semana, la relajación, la respiración y la exposición"*

- En los casos en los que el terapeuta repite lo que acaba de decir el cliente consideraremos que estamos ante un supuesto refuerzo y registraríamos la categoría *Función de refuerzo* (aunque esta verbalización pueda alterar la siguiente verbalización del cliente).

  - *Cliente: "Y me lo repitió en todo momento…"*
  - *Psicólogo: "…en todo momento…"* (Función de refuerzo).
  - *Cliente: "…sí, que tranquila, que adelante…"*

  Únicamente actuaremos de manera diferente a lo que dice este punto en los casos en los que la repetición de la última verbalización forme parte de una pregunta del terapeuta con un claro tono interrogativo.

  - *Cliente: "Y me lo repitió en todo momento…"*
  - *Psicólogo: "… ¿en todo momento?…"* (Función discriminativa).
  - *Cliente: "…sí, a todas horas…"*

Hay ocasiones en las que es muy difícil discernir si lo que está diciendo el terapeuta tiene este claro tono interrogativo. En estos casos en los que dudemos si la verbalización del terapeuta que repite lo que acaba de decir el cliente es simple repetición o es una pregunta registraremos siempre Función de Refuerzo.

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

3.3.5 Cuando, durante la presentación de una verbalización codificable como *Función informativa*, *Función motivadora* o *Función instructora*, 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:

a. 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)

b. 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.

Ejemplos:

- *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)

- *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 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.

3.3.7 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 Debido a que este matiz aprobatorio es muy difícil de detectar, se hacen los siguientes acuerdos:

a. En el caso de que se dé uno de estos "enlaces conversacionales" al principio de una categoría *estado*: nunca se considerarán como refuerzos los enlaces conversacionales que entren en la categoría *Función de refuerzo bajo (a excepción de los que sean refuerzos bajos por repetición de lo que acaba de decir el cliente o por terminar la frase de este)* pero sí los que se categoricen con los modificadores "medio" o "alto". De esta manera, los que quedarían fuera son los posibles refuerzos de menos intensidad, no se perderían "refuerzos potentes", en caso de perderse alguno, y esto da lugar a mucho más acuerdo entre observadores. Para que una verbalización que en principio se categorizaría como *Función de refuerzo bajo* "pasara" a ser *Función de refuerzo medio*, ésta tendría que emitirse con un tono enfático y, para poder determinar esto de la manera más objetiva posible, habría que comparar el tono con que se ha emitido con el tono medio que está utilizando el terapeuta en las últimas verbalizaciones. Si es más enfático, entonces sería *Función de refuerzo medio* y no "bajo". También podría ocurrir que "pase" a ser *Función de refuerzo medio* porque se repita la palabra, como por ejemplo, si el terapeuta dice *"claro, claro, pero…"* o *"ya, ya, pero…"* (ver los acuerdos sobre modificadores del refuerzo)

b. En el caso de que se dé uno de estos "enlaces conversacionales" antes de una verbalización evento (fundamentalmente ocurrirá en el caso de la *Función discriminativa*), se pueden dar las siguientes variaciones:

- Que haya una verbalización que se podría categorizar como *Función de* refuerzo, de cualquier intensidad, claramente separada de la verbalización posterior del clínico: en este caso sí se señalará *Función de refuerzo* al inicio de la verbalización del terapeuta.

  Ejemplo:
  - *Cliente: "Sí, creo que soy buena en el trabajo"*
  - *Psicólogo: "Bien* (Función de refuerzo bajo). *¿También crees que los demás lo creen?"* (Función discriminativa sin indicar)

A veces la dificultad puede consistir en decidir cuando las dos verbalizaciones están "claramente separadas". Si tenemos dudas porque haya un "*ehh*" en medio o un largo silencio también registraríamos el refuerzo bajo.

- Que haya una verbalización que se podría categorizar como *Función de refuerzo*, de cualquier intensidad, ligada a la verbalización posterior del clínico con la conjunción "*y*": en este caso sí se señalará *Función de refuerzo* al inicio de la verbalización del terapeuta.

  Ejemplo:
  - *Cliente: "Sí, creo que soy buena en el trabajo"*
  - *Psicólogo: "Bien* (Función de refuerzo bajo), *y ¿también crees que los demás lo creen?"* (Función discriminativa sin indicar)

- Que haya una verbalización que se podría categorizar como *Función de refuerzo*, ligada a la verbalización posterior del clínico con la conjunción *"pero" "osea" "entonces"* (o con cualquier otra conjunción o construcción gramatical que no sea *"y"*): en este caso sólo se registrará la verbalización con la categoría *Función de refuerzo* cuando ésta se pueda categorizar con los modificadores "medio" o "alto", no con el modificador "bajo", pues en este último caso se considerará un enlace conversacional.

  Ejemplos:
  - *Cliente: "Sí, creo que soy buena en el trabajo"*
  - *Psicólogo: "Muy bien* (Función de refuerzo medio), *pero ¿también crees que los demás lo creen?"* (Función discriminativa sin indicar)

  - *Cliente: "Sí, creo que soy buena en el trabajo"*
  - *Psicólogo: "Bien, pero ¿también crees que los demás lo creen?"* (Función discriminativa sin indicar).

  - *Cliente: "Sí, creo que soy buena en el trabajo".*

- *Psicólogo: "Claro, pero ¿también crees que los demás lo creen?"* (Función discriminativa sin indicar).

- *Cliente: "Sí, creo que soy buena en el trabajo"*.
- *Psicólogo: "Ya, ya* (Función de refuerzo medio), *pero ¿también crees que los demás lo creen?"* (Función discriminativa sin indicar).

En ocasiones el terapeuta logra 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: "Claro, pero, fíjate, ¿qué consecuencias habría tenido que no fueras? Absolutamente ninguna"* (Función motivadora)

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, se categorizará dicha verbalización del clínico dentro de la categoría *Otras*.

Ejemplo:

- *Cliente: "Si no es que a mí no me gusten los pimientos…"*
- *Psicólogo: "Claro, pero…"* (Otras)
- *Cliente: "… de hecho a mi me encanta el pescado con pimientitos asados…"*
- *Psicólogo: "Claro, 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: "Claro, 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 motivadora)

3.3.8 No se registrarán con la categoría *Función de refuerzo* los casos en los que hay una verbalización del terapeuta que es un supuesto refuerzo en mitad de una verbalización con otra función, de manera que no se sabe muy bien lo que se está reforzando, o bien sí se sabe, pero no es la verbalización inmediatamente anterior. Y no se considerarán *Función de refuerzo* porque no se puede decir que refuercen algo concreto de la conducta del cliente que haya ocurrido justo anteriormente. Por

tanto, cuando se habla de la categoría *Función de refuerzo* es necesario que se "refuerce" una conducta del cliente que ha ocurrido inmediatamente antes.

Ejemplo:

- *Psicólogo: "Sobre tu comportamiento, lo que yo te quiero decir es que la conducta, lo que ocurre, no es fruto de las circunstancias en el sentido azaroso que tú dices, pero es verdad que la conducta se explica por el contexto,* ***en eso estoy de acuerdo, totalmente de acuerdo****. O sea, las cosas no salen de dentro, como tú dices aquí, sino que las explica el contexto,* ***ahí estoy totalmente de acuerdo****, pero eso no le resta valor, porque uno, igual que su conducta es explicada por el contexto, tiene la capacidad de alterar el contexto con su conducta, hay una interacción. O sea, precisamente, las conductas, este tipo de conductas son operantes, porque operan en el medio, porque lo cambian, ¿de acuerdo?" (Función informativa)*

3.3.9 En los casos en los que una verbalización "refuerza" una conducta motora del cliente, pero no una verbalización, no se registrará la categoría *Función de refuerzo*. Por ejemplo, cuando el cliente trae las tareas, se las da al terapeuta y, sin que haya una verbalización del cliente antes, el psicólogo dice algo así como *"¡Muy bien!"*. En este caso se registraría como *Función informativa*.

3.3.10 El siguiente acuerdo se aplica a las categorías *Función de refuerzo* y *Función de castigo*. Hay veces que después de decirle al cliente que sí o que no, se da una explicación de por qué. Muchas veces esta explicación se da en la siguiente forma:

Ejemplo: *"sí, sí, sí, sí, te entiendo perfectamente porque…"*

Ejemplo: *"no, no, no, no, esto no es así porque…"*

La primera parte se categorizaría como *Función de refuerzo* o *Función de castigo* y la segunda parte como *Función informativa*, pero es difícil saber dónde cortarlo. Se acuerda que sólo habría que señalar *Función informativa* a partir de la explicación, que empezaría a partir de *"porque"* o una expresión similar, en su caso.

Para la *Función de refuerzo* se han establecido cuatro modificadores, tres de ellos referidos a la intensidad de la verbalización del psicólogo, que se explicarán en las siguientes páginas.

3.3.11 Función de refuerzo. Modificador "Conversacional":

a. Se aplicará el modificador "conversacional" para aquellas verbalizaciones categorizadas como *Función de refuerzo* que tienen lugar mientras el cliente está hablando y cuya hipotética función sea dar a entender que el terapeuta está atento

y escuchando el discurso del cliente. Se darían típicamente en los siguientes casos:

- Aquellos refuerzos que el psicólogo emite en medio de verbalizaciones del cliente, a modo de asentimientos verbales, incluso cuando éstos modifican la verbalización siguiente del cliente, que responde a ello. Como asentimientos verbales entendemos cualquier verbalización que en mitad del discurso signifique que el terapeuta está escuchando el cliente. Pueden ser del tipo: "Claro", "Sí", etc., o verbalizaciones que tengan que ver con lo que esta diciendo el cliente.

  Ejemplo:

  - Cliente: "Ahora en el trabajo me han cambiado de oficina y entonces salgo de casa antes…"
  - Psicólogo: "Claro" (Función de refuerzo conversacional)
  - Cliente: "Para que no me pille tanto atasco"

  - Cliente: "Ahora en el trabajo me han cambiado de oficina y entonces salgo de casa antes para que no me pille tanto atasco…"
  - Psicólogo: "Es horroroso el tráfico" (Función de refuerzo conversacional)
  - Cliente: "… entonces me estoy acostando antes"

b. Cuando el psicólogo completa una frase del cliente en medio de su discurso, incluso aunque esto modificara la verbalización siguiente del cliente.

En los siguientes ejemplos la categorización sería como sigue:

- *Psicólogo: "Es por ti"*
- *Cliente: "Es porque no me apetece pasar la tarde pendiente…"*
- *Psicólogo: "Esperando* (Función de refuerzo bajo), *y eso es beneficioso para ti y beneficioso para él"*

- *Cliente: "Ya, ¿sabes?, me viene a la cabeza cuando fuimos a Italia, estuvimos en casa de una amiga suya simpatiquísima, estupenda, además también estaba su novio porque viven juntos, pero ella era súper cariñosa con José y no me molestaba nada, o sea, al principio pensé, joer, le daba unos achuchones pero luego comprendí perfectamente que era puro cariño por parte de los dos y no tuve problema ninguno. Yo creo que el problema lo tengo más cuando desconozco…"*
- *Psicólogo: "Cuando no controlas, claro"* (Función de refuerzo conversacional)
- *Cliente: "…todo eso, a que encuentre una chica más atractiva que yo, ése es mi miedo, a que de repente descubra que hay alguien…"*

- *Cliente: "Ya, ya, y además el trabajo de José me viene bien porque, quiero decir, yo pensé que él no podría soportarlo por el tipo de trabajo que tiene, o sea, él está constantemente con gente…"*

- *Psicólogo: "Con gente, claro"* (Función de refuerzo conversacional)
- *Cliente: "…gente que no conozco, además, o sea, con lo cual día a día yo hago mis pinitos, ¿no?, ya lo normalizo, obviamente…"*

- *Cliente: "nunca había sido capaz de hacer esto sin tomarme una pastilla, así que estoy…"*
- *Psicólogo: "orgulloso"* (Función de refuerzo conversacional)
- *Cliente: "…orgulloso de mí mismo, me sentí muy contento…"*

- *Cliente: "Nunca había sido capaz de hacer esto sin tomarme una pastilla, así que estoy…"*
- *Psicólogo: "Orgulloso" (Función de refuerzo conversacional)*
- *Cliente: "Sí, eso, orgulloso de mí mismo, me sentí muy contento…"*

Como se puede apreciar en la amplia lista de ejemplos, este tipo de refuerzos no son contingentes a objetivos terapéuticos verbalizados por el cliente. En las ocasiones en las que los hipotéticos refuerzos del terapeuta tengan este objetivo y vayan en mitad del discurso del cliente, se registrarán como Función de refuerzo alto conversacional (ver los acuerdos sobre el modificador alto y medio del refuerzo).

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 Cuando se señala la categoría *Función de castigo,* al igual que en la *Función de refuerzo*, es necesario que haya ocurrido una conducta del cliente susceptible de ser castigada inmediatamente antes.

En verbalizaciones del tipo: "*Espera, estoy de acuerdo pero…"* podemos detectar un castigo al inicio de la frase y un refuerzo después pero sólo será registrado lo primero que dice, es decir, en este caso el castigo.

3.4.3 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.).

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

(*) Acompañado de un tono desaprobatorio.
(**) 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 busca cortar las verbalizaciones de continua preocupación del cliente.
- ✓ *Función instructora:* 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 motivadora:* Incluida dentro de una expresión del tipo *"Esta vez también lo vas a pasar muy bien, no te preocupes"*.

3.4.4 El desacuerdo que pretende codificar la categoría *Función de castigo* puede reflejarse también en una verbalización del terapeuta que trata de "cortar", interrumpir, evitar que aparezcan, etc., ciertas verbalizaciones del cliente. Sólo se marcará *Función de castigo* cuando se utilicen palabras muy explícitas para cortar, como *"para"*, *"espera"*, *"un momento"*, etc., y se consiga el efecto esperado. Ahora bien, cuando no se consigue cortar al cliente de esta manera, no se marcará la categoría *Función de castigo* sino la categoría *Otras*.

Las palabras que se utilizan para cortar el discurso del cliente y que, si no tienen efecto, se categorizarán como *Otras* en lugar de *Función de castigo*, serían palabras como: *"espera"*, *"calla"*, *"atiéndeme"*, etc. Sin embargo, decir *"no, no"* se considerará siempre como expresión de castigo, no específicamente para cortar el discurso, sino para mostrar desacuerdo. Entonces, si se dice *"no, no"* y el cliente no se calla, se registrará *Función de castigo*, no *Otras*, pues el terapeuta ha mostrado su desacuerdo. Ahora bien, no siempre *"no, no"* indica *Función de castigo*, podría ser, por ejemplo, parte de una *Función informativa* (*"No, no quería decir eso"*).

3.4.5 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)

3.4.6 Hay que tener cuidado con las palabras que solemos considerar castigo, pues hay veces que no se deben categorizar como *Función de castigo* porque hay que entenderlas en el contexto de lo que está diciendo el psicólogo y no tienen un tono de desaprobación. Por ejemplo, "(sin tono de desaprobación) *Vamos a ver… (y explica algo)"* (Función informativa). Hay que prestar atención al significado de lo que quiere decir el psicólogo, no dejarnos llevar por la forma, por la palabra que se utilice.

3.4.7 Cuando una 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: "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)

- *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: "No…"*
- *Psicólogo: "No, ese sí dubitativo no me sirve* (Función de castigo). *Volvemos a empezar"* (Función discriminativa).

En estos casos se ven dos partes de la verbalización: una primera con *Función de castigo ("Espera, para un momento", "No, ese sí dubitativo no me sirve"*) y una segunda con *Función discriminativa* (*"Dime una cosa, ¿para qué te sirve eso?", "Volvemos a empezar"*). Estos casos son distintos de cuando el terapeuta añade sólo esta segunda parte (*"Dime una cosa, ¿para qué te sirve eso?", "Volvemos a empezar"*), con tono de enfado o desaprobación, entonces priorizaríamos la *Función de castigo* sobre la *Función discriminativa*, aunque sabemos que también se da ésta última. Sin embargo, cuando se dan las dos partes, consideramos importante señalar los dos matices que tienen lugar.

Algunos otros ejemplos de duda entre la *Función discriminativa* y la *Función de castigo* serían los siguientes:

- *Psicólogo: "Pues ya me dirás entonces por qué"*

- *Psicólogo: "¿Ah, sí? (en tono serio)"*

En estos casos prevalecerá el matiz discriminativo al de castigo, porque se le está pidiendo explícitamente a la persona una respuesta.

3.4.8 La categoría *Función de castigo* puede aparecer junto a una verbalización codificada como *Función discriminativa*. 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 (por ejemplo: "Me parece muy mal. Cuéntame"). En estas ocasiones, habrá que registrar primero la categoría *Función de castigo* seguida 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* (por ejemplo: "Muy mal").

Para la *Función de castigo* se han establecido tres modificadores, todos ellos referidos a la intensidad de la verbalización del psicólogo, que se explicarán en las siguientes páginas.

3.4.9 Función de refuerzo y de castigo. Modificadores "Bajo", "Medio" y "Alto":

A continuación se enumeran ejemplos de los tipos de verbalizaciones que se categorizarán como *Función de refuerzo* o *de castigo* en cada uno de los niveles de intensidad.

- ✓ *Función de refuerzo. Modificador "bajo"*: se incluirán palabras o expresiones de aprobación neutras por su contenido.
  - Repetir lo que la persona ha dicho.
  - Terminar la verbalización del cliente
  - "Bien"
  - "Claro"
  - "Vale"
  - "Hombre" (palabra que también puede ser *Función de castigo* según el tono)
  - "Bueno" (palabra que también puede ser *Función de castigo* según el tono)
  - "Eso es"
  - "Ya"
  - "Por eso"

- "Es eso"
- "En una palabra"
- "Desde luego"
- "También"

✓ *Función de refuerzo. Modificador "medio"*: se incluirán palabras o expresiones de aprobación más contundentes por su contenido.

- "Muy bien"
- "¡Qué bien!"
- "Te entiendo" o "entiendo lo que dices"
- "A eso me refiero"
- "Por ejemplo" (en el sentido de ¡eso es!)
- "Totalmente"
- "Evidentemente"
- "Exactamente"
- "Claramente"
- "Indudablemente"
- "Eso está bien"
- "No lo dudo"
- "Estoy segura"
- "A eso me refiero"
- "Estoy de acuerdo contigo"
- "Por supuesto"
- "Claro que sí"
- "De acuerdo"
- "Absolutamente"
- "Estupendo"
- "No me extraña"
- "A eso voy"
- "Está claro"
- "Es verdad"
- "Sin duda"
- "Por ejemplo"

✓ *Función de refuerzo. Modificador "alto"*: se incluirán palabras o expresiones de aprobación enfáticas por su contenido.

- "Fenomenal"
- "Genial"
- "Excelente"
- "Perfecto"
- "Me encanta"
- "Bien, qué alegría me das"
- "Maravilloso"
- "Estoy totalmente de acuerdo contigo"
- "Te entiendo perfectamente"
- Explicar con palabras enfáticas por qué se aprueba: "Bien, muy bien, has hecho una gran tarea", "Vale, muy bien, considero todo un logro que lo hayas dicho".

Si el refuerzo alto aparece en mitad del discurso del cliente lo registraríamos como refuerzo alto conversacional. Tomamos esta decisión porque consideramos que este tipo de expresiones buscan reforzar el contenido de las verbalizaciones del cliente y no el mero hecho del discurso. Añadimos el modificador conversacional sólo por una cuestión práctica, para facilitar el registro del cliente.

- ✓ *Función de castigo. Modificador "bajo"*: se incluirán palabras o expresiones de desacuerdo o negación neutras por su contenido.
  - "No" (según el tono)
  - "Hombre" (según el tono)
  - "Bueno" (según el tono)
  - "Oye" (según el tono)
  - "Vamos a ver", "Volvemos a empezar" (según el tono)
  - Las palabras para cortar el discurso ("espera", "para", "calla", etc.), cuando consiguen el efecto buscado. Cuando van al inicio de frase, serán *Función de castigo* y no enlace conversacional, por su matiz desaprobatorio.

- ✓ *Función de castigo. Modificador "medio"*: se incluirán palabras o expresiones de desacuerdo o negación más contundentes por su contenido.
  - "No, eso no es así"
  - "No, ese sí dubitativo no me sirve"
  - "No estoy de acuerdo"

- ✓ *Función de castigo. Modificador "alto"*: se incluirán palabras o expresiones de desacuerdo o negación mostrando enfado o ironía.
  - "Evidentemente, todos pueden ser unas nulidades y (…) en el país de los ciegos, el tuerto es el rey"

Debemos tener en cuenta que la lista de modificadores del castigo es más compleja de enumerar ya que para esta categoría el lenguaje no verbal, los gestos y sobre todo el tono, muchas veces serán la clave para decidir si la verbalización del terapeuta es o no castigo.

Tanto en las categorías *Función de refuerzo* como *de castigo* puede ocurrir que se den varias expresiones seguidas pertenecientes a la misma categoría y esto influye en el modificador que finalmente se elija en cuanto a la intensidad. En todos los casos, cuando se dan las siguientes combinaciones, se elegirá el modificador que se indica:

- Bajo + medio = modificador medio
- Bajo + bajo (tantas repeticiones como se den) = modificador medio
- Medio + medio = modificador alto
- Bajo o medio + alto = alto

Siempre se tendrá en cuenta el tono con que se emiten estas verbalizaciones de manera que, si el tono es enfático, se elegiría la categoría *Función de refuerzo* o de *castigo* con el siguiente modificador de intensidad según lo que correspondería por el contenido de la verbalización en función de lo indicado anteriormente.

Referente al tono, hay ejemplos en los que es fundamental, incluso para distinguir si es castigo o refuerzo.

Ejemplo:
- *Psicólogo: "Jo, que si es bonito…"* (con tono claro de sorpresa)

Esta verbalización sería *Función de castigo* por el tono, que indica a la persona que cómo puede afirmar eso ante la evidencia que se le está mostrando.

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 del cliente 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") decidimos que todas queden dentro de la categoría Función informativa. Sabemos que en ocasiones son recursos para introducir un tema y no tienen mucho peso desde el punto de vista clínico pero es muy difícil decidir en que ocasiones es claramente Función Informativa y en cuales no. Por ello tomamos esta decisión práctica ya que al valorar cada ejemplo específico caemos demasiado en inferencias.

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)

Aún así, en muchas ocasiones, es difícil discernir si el contenido de la verbalización del terapeuta es sólo sarcástico o es información adicional. Por ejemplo, cuando el terapeuta contesta a una verbalización del cliente de forma irónica pero incluyendo información: *"No, especial unido a toda esta descripción puede ser especial porque eres negada, eres nula, quien te manda un trabajo lo haces fatal, no eres capaz de expresarte, cometes faltas de ortografía, tu forma de dirigirte a tus compañeros es despreciativa, eres humillante, etc., eso es también ser especial"*. Aunque se podrían confundir con la categoría *Función informativa*, este tipo de ejemplos se categorizarán como *Función de castigo*, porque la "información" se le da al cliente con un tono que ridiculiza o ironiza lo que está explicando. En el ejemplo anterior se puede ver que no se pretende explicar que las anteriores descripciones son de personas especiales, sino poner en evidencia al cliente que lo que acaba de decir no es correcto. Por el contrario, si se priorizara la parte informativa, sería *Función informativa*, no *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:

Ejemplos:

- *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)

- *Cliente*: "*Si sólo tuviera un sentido*"
- *Psicólogo*: "*Solo hay uno* (Función de castigo): *el que está por encima de la norma* (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*:

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 Un caso en el que hay que diferenciar entre la categoría *Función informativa* y las categorías *Función de refuerzo* o *de castigo* es cuando el terapeuta explica al cliente

cómo éste ha hecho una cosa. Habría que tener en cuenta que sería *Función informativa*, puesto que el terapeuta está dando una información y no reforzando/castigando una verbalización concreta del cliente.

Ejemplo:

- *Cliente: "¿Qué tal lo he hecho?"*
- *Psicólogo: "Fatal/muy bien"* (Función informativa en ambos casos, se informa de cómo lo ha hecho el cliente)

3.5.7 Una situación en la que hay que diferenciar entre *Función informativa* y *Función de castigo* es cuando el terapeuta le explica al cliente que no se estaba refiriendo a algo durante la conversación. En estos casos habría que optar por registrar *Función informativa* porque el terapeuta está dando una información y no "castigando" la verbalización del cliente.

Ejemplo:

- *Cliente: "No, no a cualquiera, pero de las personas que estamos allí cualquiera sería válida, seguro, no me siento mejor que nadie"*
- *Psicólogo: "No, no, yo no digo que te sientas mejor* (Función informativa)**,** *yo te digo que ¿tú crees que para los jefes tú y los demás sois exactamente iguales?, ¿sois intercambiables?"* (Función discriminativa sin indicar)

3.5.8 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 instructora).

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 instructora)

3.5.9 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 dónde ubicar, lo cual sería más adecuado registrar dentro de la categoría *Otras*.

3.5.10 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 o se presentan puntos de vista alternativos a los del cliente.

Ejemplos:

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

- *Psicólogo: "O está borracho como una cuba y no se entera si han pasado una hora, dos horas, tres horas o veinte horas, ha perdido absolutamente la noción del tiempo y ni se acuerda de nada, ¿vale? Cualquiera de estas opciones puede implicar que es despistado, que es poco sistemático, es poco predecible en la diferencia entre lo que dice y lo que hace, etc. (…)"* (Función informativa en un momento de debate)

- *Psicólogo: "Otro de los aspectos positivos de esta decisión es que los profesores de ese programa de doctorado son de reconocido prestigio"* (Función informativa en una toma de decisiones relacionada con los objetivos terapéuticos del caso)

- *Psicólogo: "Puedes optar tanto por ir a un rocódromo, a un polideportivo o si tienes más tiempo a la Pedriza"* (Función informativa en un caso en el que un objetivo de la terapia era incrementar las actividades de ocio, especialmente las relacionadas con el deporte, en la rutina del cliente)

3.6 Función motivadora

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 motivadora 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 motivadora* 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 motivadora* 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 motivadora), *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 motivadora* y *Función instructora* 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 instructora* y la parte referida a las consecuencias como *Función motivadora*.

  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 instructora) *y así ya verás como te sientes mucho mejor* (Función motivadora)".

- 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 motivadora.*

  Ejemplo:

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

3.6.4 Un criterio para diferenciar las categorías *Función motivadora* y *Función informativa* es el siguiente: en la categoría *Función motivadora* 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 motivadora)

- *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 motivadora* (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 motivadora* 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 motivadora* 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 motivadora* es el siguiente (para diferenciar estos contenidos de aquellos referidos a las categorías *Función informativa* y *Función instructora* habrá que atender a los acuerdos establecidos al respecto):

- ✓ Señalar al cliente, de manera explícita, 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*" (*), "*Esto tiene solución", "Lo conseguirás"*.
- ✓ 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 motivadora*. En este sentido, una verbalización del tipo *"no te preocupes"*, podría considerarse *Función instructora* (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 motivadora*. 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.

3.6.9 Sobre la diferencia entre la categoría Función informativa y Función motivadora hay que señalar que la descripción sobre las posibles consecuencias de una conducta del cliente, sobre lo que podría pasar o no es informativa, mientras que la anticipación de los efectos que puede tener una conducta que se cambie o no se cambie sobre la persona u otras personas de su entorno, sería motivadora.

Ejemplos:

- *Psicólogo: "Lo que tú hagas, la ropa que te pongas o lo que comas no podría nunca tener ningún efecto sobre otras personas"* (Función informativa).

- *Psicólogo: "Que tú cambies tu forma de comportarte seguramente hará que tu marido se sienta mejor"* (Función motivadora).

En la misma línea señalamos que es imprescindible tener en cuenta que las consecuencias a las que tiene que hacer referencia son las consecuencias del cambio clínico, no a las consecuencias en general. Es decir, una frase como "Lo que tú piensas no tiene relación con esa tragedia" es información sobre la relación de ciertas cosas pero "Si dejas de pensarlo no te sentirás tan mal" o "Si sigues pensándolo el problemas se mantiene" pone en relación las consecuencias con las conductas correspondientes al cambio clínico.

3.6.10 Algunos ejemplos más para diferenciar el modificador "informativa" de "motivadora":

- *Psicólogo: "(…) Yo entiendo cuando me dices que es lo que te sale, o que ya me gustaría que no fuese así, pero para llegar a ese ya me gustaría que no fuese así tienes que empezar por un período en el que tú te fuerces a explicarte las cosas de una manera alternativa (…)"* (Función informativa)

- *Psicólogo: "Y él aparece y se le fastidia el plan, entonces es cuando aprenderá que el que te den un plantón puede ser una cosa muy desagradable"* (Función motivadora, señala las consecuencias del cambio en otra persona)
- *Cliente: "Sí, está claro que como más se aprende es con hechos"*

- *Psicólogo: "La probabilidad de conocer a alguien es mucho mayor de lo que pensamos"* (Función informativa porque no se hacen explícitas en ningún momento las consecuencias del cambio).

- *Psicólogo: "Precisamente por eso será más sencillo"* (Función informativa porque no se hacen explícitas en ningún momento las consecuencias del cambio).

3.6.11 Cuando el terapeuta habla de algo que el cliente ha hecho bien en el pasado, por ejemplo, *"es maravilloso que salieras el fin de semana"*, que se diga *"es maravilloso"* puede confundir la información con la motivación. Sin embargo, se acuerda que, si no se han explícitas las consecuencias del cambio en el pasado para su bienestar o malestar, no se considerará motivadora en ningún caso, aunque haya palabras que nos puedan confundir, como *"maravilloso"*.

Ejemplos:

- *Psicólogo: "Se lo dijiste a su hermana y ya conseguiste que te llamara"* (Función informativa)

- *Psicólogo: "Se lo dijiste a tu hermana y ya conseguiste que te llamara. Esto fue un paso importante en tu mejora, te hizo sentir más integrado en tu familia y mucho mejor"* (Función motivadora).

3.6.12 Podría surgir la misma duda pero refiriéndonos al presente, ejemplos, *"Sería maravilloso si hicieras esto"*, *"Que hagas esto es la mejor opción"*, "*Eso creo que es muy bueno*", "*Es mucho mejor…*"

Y, en la misma línea, se acuerda que esto sería *Función informativa* mientras no se hagan explícitas cuáles serán las consecuencias del cambio, en cuyo caso sería *Función motivadora*, ejemplo, *"que hagas esto es la mejor opción porque te hará sentir bien mucho más rápidamente que cualquiera de las otras técnicas"*.

3.6.13 Encontramos cierta ambigüedad con el modificador "motivadora" cuando el terapeuta está hablando en segunda persona, pero en tono impersonal, y en un momento determinado pasa a hablar de las consecuencias de cambiar ciertas conductas. En estos casos no se sabe si lo está explicando de manera impersonal o dirigida al cliente. Como estos casos son dudosos y dependen de cómo lo entienda el observador, se acuerda que se categorizarán como *Función motivadora* porque se puede estar motivando al cliente.

3.7 Función instructora

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). Se especificará mediante la separación de las categorías en el *Observer XT* aquellas verbalizaciones que se refieran a instrucciones dentro de sesión (*Función instructora dentro de sesión*) o fuera (*Función instructora fuera de sesión*).

3.7.2 Se incluirá dentro de la categoría *Función instructora* la especificación de las pautas que se desea que guíen la conducta del cliente fuera o dentro 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, cuando practiquen técnicas en sesión o en momentos de debate en los que se pida al cliente que busque alternativas a su pensamiento desadaptativo.

3.7.3 Las verbalizaciones categorizadas como *Función instructora dentro de de sesión* son verbalizaciones en las que el terapeuta le pide al cliente que lleve alguna tarea en sesión, como por ejemplo:

Psicólogo: *"¿Cómo crees que tu hermana lo va a… llevar mejor el planteamiento…? ¿Directamente…? ¿Quedar con ella para comer…? Cuéntame un poco como va a ser la escena para ver…* (Función instructora dentro de sesión)

Dentro de bloques en los que el terapeuta está pidiendo la ejecución de alguna tarea en sesión las verbalizaciones del mismo que se relacionen con esa tarea y que sigan pidiendo la ejecución de la misma también serán registradas como *Instructora dentro de sesión*. En el ejemplo anterior, unos segundos después el terapeuta pregunta: *"a partir de ahí ¿como crees que continuará la conversación?"*. Esta verbalización también sería registrada como *Función instructora dentro de sesión*.

Hay que diferenciar, de estas últimas verbalizaciones, aquellas en las que el terapeuta no está pidiendo al cliente que lleve a cabo una acción dentro de sesión aunque la forma verbal con la que se expresa pueda parecerlo. Esto suele ocurrir en sesiones de evaluación donde el terapeuta dice algo como "Cuéntame que pasó" o "Dime". Este tipo de expresiones serán registradas como *Función discriminativa* ya que desde el punto de vista clínico consideramos que son muy diferentes de las tareas que se dan dentro de una sesión.

3.7.4 Sólo se registrará la *Función instructora* cuando se señalen pautas de actuación 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 instructora a pesar de que pretenda promover cambios fuera de sesión).

3.7.5 Cuando se pide al cliente que realice una tarea que no se explica en el momento pero que sí se explicó anteriormente con detalle, también se categorizará esto como *Función instructora*.

Ejemplo:

- Psicólogo: *"Vuelve a repetir esta semana el autorregistro que te propuse la semana pasada"*.

3.7.6 Durante el entrenamiento de algunas técnicas en sesión aparecen algunas peculiaridades en las que habrá que tener en cuenta los siguientes criterios:

- Las verbalizaciones del terapeuta para contar en voz alta el tiempo que el cliente tarda en llenar sus pulmones con el fin de medir su capacidad pulmonar se registrarán como *"Otras"*
- Las verbalizaciones del terapeuta para contar en voz alta el tiempo que la cliente ha de estar inspirando o espirando durante el entrenamiento de la técnica se registrarán como *Función instructora dentro de sesión.*
- Las verbalizaciones del terapeuta que indican lo que el cliente debe hacer a continuación se registrarán como *Función instructora dentro de sesión.* Por ejemplo, *"inspiración", "pausa", "relaja", "tensa", "imagina", "piensa", "recuerda"*.
- Las verbalizaciones del terapeuta que señalan lo que tiene que hacer el cliente y las consecuencias de su conducta se registrarán como *Función instructora + Función motivadora*. Por ejemplo, *"Cierra los ojos para que estés más cómodo"*
- Las verbalizaciones del terapeuta que explican lo que el cliente tendrá que hacer a continuación pero aún no señala que lo haga se registrarán como *Función instructora*. Por ejemplo, cómo proceder durante la práctica de la respiración abdominal.

3.7.7 Hay algunas ocasiones durante la reestructuración cognitiva en las que el terapeuta dice qué pero no cómo hay que hacer algo, normalmente referido a la flexibilización o cambio del pensamiento. Se entenderían como instrucciones este tipo de verbalizaciones porque, aunque en algunos casos no estén muy bien especificadas, sí son instrucciones generales y son relevantes para la reestructuración.

Ejemplos:

- *Psicólogo: "Bien y, por tanto, tú tienes que poner algo de tu parte y él tiene que poner algo de su parte. Entonces, él tiene que ir avisando cada vez más de dónde está, dándote de alguna manera explicaciones para que tú puedas atenerte* (Función informativa) *y tú por tu parte tienes que ir flexibilizando la exigencia de esas explicaciones"* (Función instructora. Sólo es instructora esta última parte, lo anterior es informativa porque no da la instrucción directamente a la persona ni le pide que le transmita esa información al interesado)

- *Psicólogo: "Entonces, ¿me entiendes? O sea, es fundamental que te flexibilices con él respecto a lo que tú harías y lo que yo haría, que no eres el criterio, que atribuyas explicaciones distintas a las primeras que se te ocurren, falta de respeto, falta de consideración, está con otros mejor que conmigo, y busques explicaciones absolutamente lógicas y racionales, al menos tanto como ésas* (Función instructora) *y, comparando con lo que tienes, mucho más lógicas y racionales que ésas, porque el resto de sus días no demuestra hacia ti ni falta de respeto, ni poco cariño ni nada de nada"* (Función informativa)

- *Psicólogo: "Pues yo quiero que empieces a valorar lo que hiciste y lo que haces y lo que vas a hacer* (Función instructora). *Más ahora, quieres ir a Argentina, planteas la situación, luchas por ella, la reivindicas, hablas con unos, con otros, ¿también es azaroso?"* (Función discriminativa sin indicar).

3.7.8 No tenemos que confundir la *Función instructora* con la *Función informativa* en los casos en los que se le explica al cliente en general las cosas que se harán en el tratamiento, etc. Para ello ver en el subsistema *SISC-CVT* los acuerdos generales sobre la diferencia entre las categorías *Función instructora* y *Función informativa*. Además, para intentar que los desacuerdos sean los mínimos, acordamos lo siguiente:

- A veces esta explicitación es poco concreta porque no especifica bien las cosas que la persona tiene que hacer pero, si se le dice a la persona que lo haga, sería instrucción. Por ejemplo, *"flexibiliza tu forma de pensar"*. Sobre todo no hay que dejar pasar este tipo de instrucciones generales que se dan en el caso de la reestructuración cognitiva.

- Cuando se le presentan al cliente las distintas opciones que tendría para hacer, pero no se le dice que las haga, esto sería informativa. Por ejemplo, *"Podrías decírselo a tu hermana, podrías no decírselo, podrías hablar con tu mujer. Existen muchas opciones"*.

- En los casos en los que hay mucha duda porque sería una instrucción excesivamente general o bien porque es dudoso que se le esté diciendo claramente a la persona que haga algo, entonces prevalecerá la categoría *Función informativa*.

3.8 <u>Otras</u>

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 para la categorización de la conducta verbal del terapeuta. Desde luego, en algún momento habrá que diferenciar las *Otras* "extra-terapéuticas" de aquellas con un contenido "terapéutico".

3.8.4 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, instructora, 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 como *Discriminativo fallido.* 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", "motivadores" y/o "instructores", 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 entre ciertas situaciones y la respuesta de…"* (Función informativa)
- *Cliente: "… y ya me tuve que ir sin compra nada."*

De la misma manera actuaremos con las categorías evento. Los siguientes ejemplos pueden resultar dudosos:

- "*Claro, pero…"* (interrupción)
- "*No, no, pero…"* (interrupción)

En el primer caso podría ser *Función de refuerzo* o enlace conversacional, y en el segundo podría ser *Función de castigo* o *Función informativa*, por ejemplo. Por tanto, ante la duda, mejor poner *Otras* que una función que no sabemos si va a ser tal.

Sin embargo, en el siguiente ejemplo, sí se marcaría *Función de castigo* más *Otras*:

Ejemplo:

- Psicólogo: "*No* (Función de castigo), *espérate*… (interrupción)" (Otras)

En este caso, "*No"* claramente indica desacuerdo y "*espérate"* no tiene la función que pretende, que es cortar.

Otros ejemplos particulares podrían ser:

- Psicólogo: "*Excelente* (Función de refuerzo alto), *pero*… (interrupción)" (Otras)

- Cliente: Fui con mis dos amigos al cine…
- Psicólogo: Fuiste con tus dos amigos al cine (Refuerzo bajo porque repite lo que ha dicho el cliente, no hay duda de que es refuerzo como nos puede ocurrir en los enlaces) y entonces cuando…(interrupción)" (Otras)

3.8.5 En aquellos casos en los que el terapeuta no interactúa con el cliente sino que lee los autorregistros en voz audible se registrará la categoría *Otras.* Durante la lectura de los registros, tests, etc., cumplimentados por el cliente fuera de sesión podemos encontrarnos los siguientes casos:

- Si durante la lectura del registro el cliente emite algún tipo de verbalización relacionada con la conducta verbal del terapeuta se categorizará *Función discriminativa* (la parte final de la verbalización del terapeuta se registrará como *Función discriminativa* mientras que el resto será incluido en la categoría *Otras*).
- Si durante la lectura del registro el terapeuta lee subvocalmente lo anotado por el cliente y de vez en cuando hace algún comentario del tipo "bien", "vale", ante los que el cliente no emite ninguna conducta, quedarían registrados dentro de la categoría *Otras*.
- Después de leer el autorregistro y/o revisar las tareas especificadas en la sesión anterior, el terapeuta puede presentar verbalizaciones del tipo *"muy bien que hayas hecho todo, me da mucha información"*. Estos casos se registrarán dentro de la categoría *Función informativa*.

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

- Verbalizaciones del terapeuta consigo mismo en voz alta
  Ejemplo: "*no, este ejemplo no sirve*", "*déjame ver esto*"
- 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.

3.8.7 Cuando el terapeuta interviene sin que el cliente haya terminado su verbalización anterior y éste sigue hablando diciendo algo elaborado (que incluya un verbo con valor predicativo) y cuando el cliente termina el terapeuta retoma o continúa lo que estaba diciendo, se categorizará de la siguiente manera:

- La primera verbalización del terapeuta, interrumpida casi al empezar: *Otras*.

- La segunda verbalización del terapeuta: la función que corresponda.

3.8.8 Aunque leer en alto la tarea que ha traído el cliente se debe registrar con la categoría *Otras*, nos encontramos con casos en los que se vuelve a leer en sesión

una parte de la tarea, con una función diferente de la primera vez en que se leyó y, por tanto, hay que registrarlo de manera distinta. Por ejemplo:

- En los casos en los que lee de nuevo un fragmento de la tarea y luego hace una pregunta sobre ello: *Función de preparación del discriminativo + Función discriminativa* (con el modificador que corresponda).

  Ejemplo:
  - *Psicóloga: "(…) Es muy competente y responsable en su trabajo, con gran capacidad de esfuerzo. Cualquiera de la oficina la respeta en este sentido y se valora mucho su trabajo (termina de leer)* (Función de preparación del discriminativo). *¿Crees que se valoran mucho todos los trabajos?"* (Función discriminativa sin indicar)

- Por otro lado, hay casos en los que el terapeuta lee de nuevo sólo la parte de la tarea que quiere y no añade nada más, se queda esperando una respuesta del cliente, así que creemos que habría que considerarlo *Función discriminativa* en sí, "indicando la dirección".

- En alguna ocasión el terapeuta lee en sesión información de la historia clínica del cliente, por ejemplo, para contraargumentar algo que ha dicho éste. En cada caso habría que analizar con detalle la función de la verbalización del terapeuta, que sería *Función informativa* en un caso como el siguiente:

  Ejemplo:
  - Cliente: *"Yo creo que he tenido tiempos de ocio mientras estaba en paro"*
  - *Psicóloga: "(busca información en la historia clínica y empieza a leer cosas que encuentra) Aquí pone que el 28 de marzo estabas triste porque no tenías trabajo, que la semana siguiente no saliste de casa para hacer nada de ocio, que le decías a tu madre que no te encontrabas bien (…)"* (Función informativa)

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", 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* (Función de castigo). *Vamos a ver, ¿cuál era tu objetivo?"* (Función discriminativa)

3.9.4 Función informativa, motivadora o instructora según la respuesta del terapeuta proporcione información clínico-técnica, trate de favorecer el cambio clínico o dé pautas específicas de actuación, 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 motivadora).

- *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 instructora).

3.9.5 Para el caso especial de que el terapeuta responde al cliente con discriminativa el modificador que utilizaremos será sin indicar.

II. SUBSISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL DEL CLIENTE (SISC-CVC)

1. BREVE DEFINICIÓN DE LAS CATEGORIAS INCLUIDAS

Proporcionar información. *(Categoría evento)* Verbalización a través de la cual el cliente trata de proporcionar al terapeuta información puramente descriptiva para la evaluación y/o el tratamiento.

Solicitar información. *(Categoría evento)* Pregunta, comentario y/o petición de información por parte del cliente hacia el terapeuta.

Mostrar aceptación. *(Categoría evento)* Verbalización del cliente que muestra acuerdo, aceptación y/o admiración ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta.

Mostrar desacuerdo. *(Categoría evento)* Verbalización del cliente que indica desacuerdo, desaprobación y/o rechazo ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta.

Emitir verbalizaciones de logro. Verbalizaciones del cliente que señalan la consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la consecución del mismo.

Emitir verbalizaciones de fracaso. Verbalizaciones del cliente que señalan la no consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la no consecución del mismo.

Emitir verbalizaciones de malestar. Verbalizaciones del cliente que hacen referencia al padecimiento del mismo debido a sus conductas problema o a la anticipación de este malestar

Emitir verbalizaciones de bienestar. Verbalizaciones del cliente que hacen referencia a estado de satisfacción o felicidad del mismo o a la anticipación de este bienestar.

Verbalización de reacciones emocionales. Emisión por parte del cliente de una respuesta emocional acompañada de la verbalización que se de en ese momento haga referencia o no a dicha reacción emocional.

Seguir instrucciones. *(Categoría evento)* Conducta verbal del cliente que implica un seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas por el terapeuta.

- Dentro de sesión: Cuando la verbalización se refiere a una instrucción que ha sido presentada inmediatamente antes por el terapeuta.

- Fuera de sesión: Cuando la verbalización se refiere a una instrucción o pauta presentada con anterioridad a la última verbalización del terapeuta.

  - Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión: Cuando la verbalización se refiere a algún tema relacionado con la predicción de la consecución de la tarea.

- Descripción de pautas realizadas en el pasado (pero una vez iniciada la terapia y pautadas por el terapeuta) (revisar todas estas definiciones)

No seguir instrucciones. (*Categoría evento*) Conducta verbal del cliente que hace referencia al no seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas inmediatamente antes por el terapeuta.

- Dentro de sesión: Cuando la verbalización se refiere a una instrucción que ha sido presentada inmediatamente antes por el terapeuta.
- Fuera de sesión: Cuando la verbalización se refiere a una instrucción o pauta presentada con anterioridad a la última verbalización del terapeuta.

Otras. *(Categoría evento)* Cualquier verbalización del cliente 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 cliente y nunca la conducta no verbal, como las risas que tienen lugar en algunos momentos de la terapia. Sin embargo, al igual que en el caso del terapeuta, sí se atenderá al tono con el que el cliente acompaña sus verbalizaciones, pues en algunos casos podría alterar el significado de las mismas.

Sólo se registrará la conducta verbal del cliente (excepto en las ocasiones en las que asentimientos de cabeza u otras conductas no verbales constituyan respuestas del cliente a preguntas del terapeuta). En las ocasiones en las que la conducta verbal del cliente aparezca en mitad de verbalizaciones largas del terapeuta, se priorizará la categorización de este último. A excepción de que la verbalización del cliente incluya un verbo con valor predicativo, en concreto, un verbo que exprese una acción (excluyendo todas las expresiones en infinitivo, gerundio y participio y aquellas expresiones de asentimiento que incluyen verbo sin implicar acción, como por ejemplo: "*Eso es*").

Como excepción a este último punto, hay que señalar que en las ocasiones en las que la verbalización del cliente modifique el discurso del terapeuta, aunque dicha verbalización no esté expresada con un verbo en valor predicativo, será siempre registrada.

2.2 Criterios generales de categorización.

Cuando no se oye una respuesta por parte del cliente o no se ve su cabeza y queda claro por la respuesta del terapeuta que ha contestado en un sentido, se registrará esta supuesta conducta del cliente.

Ejemplo:

- *Psicólogo: "¿Estás de acuerdo con lo que te he explicado?"*
- *Cliente: (no se ve ni se oye nada por su parte)* (Mostrar aceptación)
- *Psicólogo: "Claro, es que es eso, es que como yo te decía…"*

Hay que prestar especial atención a situaciones en las que los clientes utilizan expresiones interrogativas, no dejándonos guiar por la forma sino por el contenido. Por ejemplo, podría ser que una pregunta del cliente al terapeuta no se tuviera que categorizar como *Solicitar información*. Por ejemplo, en el siguiente diálogo sería *Mostrar desacuerdo*:

- *Psicólogo: "A lo mejor no fue un olvido sino una incapacidad"*.
- *Cliente: "¿Realmente crees que era una incapacidad?"*(Mostrar desacuerdo)

Al igual que en el caso del terapeuta, registraremos el inicio de las verbalizaciones del cliente cuando éste empiece a emitir verbalizaciones con significado, nunca cuando emite sonidos como *"mmm"*.

Si hay una pausa (silencio) entre dos verbalizaciones del cliente, sin que el terapeuta haga nada mientras, pueden ocurrir dos cosas:

- Que las dos verbalizaciones, la anterior y la posterior a la pausa, sean la misma. En ese caso la registraremos una sola vez.
- Que las dos verbalizaciones, la anterior y la posterior a la pausa, sean distintas. En ese caso registraremos las dos en su momento de aparición.

Antes y después de las categorías: Refuerzo conversacional u Otras, se mantendrá la misma categoría, a no ser que en el momento en que se emite esa breve verbalización del terapeuta, se modifique el contenido de la verbalización del cliente. En caso de que la verbalización posterior del cliente se interrumpiese se categorizaría como Otras.

Después de un discriminativo fallido en el que el cliente continúe con lo anterior o responda a otra cosa, se registrarán esos contenidos aunque sepamos que no son la respuesta a ese discriminativo.

A menudo nos surge la duda cuando nos encontramos con un castigo antes de un estado del terapeuta de si debemos o no registrar verbalización del cliente en medio. La decisión que tomamos es que, a no ser que claramente no se escuche nada por parte del cliente, siempre registraremos lo que se estuviera escuchando antes.

2.3 Tipos de categorías. Todas las categorías de la conducta verbal del cliente son *categorías evento*, es decir, solamente hay que registrar la ocurrencia de las mismas y se registrará siempre al inicio de la verbalización.

3. CRITERIOS ESPECÍFICOS DE CATEGORIZACIÓN

3.1. Proporcionar información:

3.1.1 Al igual que las verbalizaciones que aportan información al terapeuta para la evaluación y el tratamiento, cuando el cliente lee lo que pone en su autorregistro en voz alta, se registrará la categoría *Proporcionar información*.

3.1.2 En los casos en los que ante un discriminativo indicando el cliente no responda ni con acuerdo ni desacuerdo sino por ejemplo con algo como *"No se, no quiero pensarlo"* registraremos *Proporcionar información*.

3.1.3 En algunas ocasiones se podría confundir la categoría *Proporcionar información* con *Mostrar aceptación* y *Mostrar desacuerdo*. Los acuerdos desarrollados al respecto de estas diferencias se encuentran en los apartados correspondientes a estas últimas categorías.

3.2. Solicitar información:

3.2.1 Se registrará siempre esta categoría, independientemente del grado de elaboración de la frase que emita el cliente.

3.2.2 La categoría *Solicitar información* se categorizará, cuando el cliente emita una pregunta al terapeuta, y cuando éste mismo pregunte al psicólogo, pero el terapeuta no le entienda y el cliente le vuelva a preguntar de nuevo. Esta segunda pregunta que realiza el cliente también se registrará como *Solicitar información.*

Ejemplo:

- Cliente*: "¿Crees que eso va en la persona?"* (Solicitar información)
- Psicólogo*: "¿Que si eso es de malas personas?"*
- Cliente*: "No, que si va en la persona"* (Solicitar información).

3.2.3 Cuando el cliente haga preguntas retóricas, al igual que en la guía para el terapeuta no lo consideraremos función discriminativa, para el cliente tampoco se considerará *Solicitar información*.

3.2.4 En las ocasiones en las que el cliente le pregunte al terapeuta porque no le escuche o bien porque no entienda alguna de sus verbalizaciones, se registrará como *Solicitar Información,* añadiendo en la columna de comentarios que se trata de este caso en concreto.

3.2.5 Las muletillas del cliente como por ejemplo "¿no?" nunca serán registradas. Tan solo se hará una excepción cuando el cliente, repita su muletilla mostrando explícitamente que busca la respuesta del terapeuta. En este caso, esta segunda muletilla sí sería registrada.

3.3. Mostrar aceptación:

3.3.1 Al igual que en el sistema *SISC-CVT* del terapeuta consideramos *Función de refuerzo* la verbalización de éste que repite lo que ha dicho el cliente; en este

subsistema de la conducta verbal del cliente, se categorizaría como *Mostrar aceptación* si éste repite lo que ha dicho el terapeuta.

3.3.2 Acordamos para el caso de los enlaces conversacionales que: al contrario de lo que se dijo para el terapeuta, para el cliente sí se categorizarán como *Mostrar aceptación* todos los enlaces conversacionales. Se hará así con independencia de si están separados de la frase siguiente con un punto, con una coma o con un pero.

Ejemplo:

- Psicólogo*: "Bueno. (Lee de nuevo una parte del texto) Considero que su trayectoria desde los comienzos ha sido excepcional"*
- Cliente*: "Ya* (Mostrar Aceptación), *yo no sé lo que diría de los demás, o sea que no sé si estoy por encima de la media"*

3.3.3 Acordamos que la verbalización "*Bueno…*" a principio de frase por parte del cliente, será registrado como *Aceptación*.

3.3.4 En los casos en los que la verbalización del cliente vaya después de una categoría con función: *Informativa, Motivadora, Discriminativa indicando* o *Refuerzo conversacional* se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- En las ocasiones en las que empiece con un "*Ya, pero…"* y argumente a favor o en contra de la verbalización anterior del terapeuta actuaremos como se acuerda en el punto 3.5. .Sin embargo, en los casos en los que la verbalización del cliente vaya al margen de lo que dice el terapeuta sin tener nada que ver, se registrarán estos "Ya", "Bueno", "Sí, sí…", "No…" como *Aceptaciones* o *Desacuerdos*.

3.3.5 En ocasiones, durante el discurso del terapeuta el cliente hace un comentario al hilo de lo que dice el terapeuta y, puesto que este comentario es elaborado (incluye verbo), sí se pararía el discurso del terapeuta y habría que categorizar ese comentario del cliente como *Mostrar aceptación*. Muchas veces estos comentarios consisten en anticiparse un poco a lo que el terapeuta va a decir y completar su frase.

Ejemplo:

- Psicólogo*: "Tienes que entender que si él no ha aprendido en su casa que tiene que recoger después de terminar de comer, entonces él considera que lo normal es no recoger…"*
- Cliente*: "y que lo haga otro"* (Mostrar aceptación)
- Psicólogo*: "…puesto que lo aprendió desde pequeño y tú no le has enseñado tampoco lo contrario"*

3.3.6 En los casos en los que el cliente repita lo mismo que ha dicho el terapeuta o termine la verbalización de éste, se registrará *Aceptación*, a excepción de aquellas ocasiones en las que el contenido de lo que repita o termine el cliente, pertenezca a las categorías *Bienestar, Malestar, Logro o Fracaso.*

Ejemplo:

- Psicólogo: "*Ese es el momento en el que te vas…"*

- Cliente: *"…Sintiendo fatal"* (Malestar y no Mostrar Aceptación)

3.3.7 Si el cliente emite verbalizaciones del tipo: "*Sí estoy de acuerdo" "Tienes razón*" "*Entiendo perfectamente lo que dices*" o cualquier verbalización que exprese de forma tan clara el acuerdo con el terapeuta se registrará siempre como *Aceptación* aunque aparezca a mitad de una verbalización larga del cliente.

3.4. Mostrar desacuerdo:

3.4.1 Además de los desacuerdos claros con el terapeuta, se categorizarán como *Mostrar desacuerdo* las verbalizaciones del cliente que están sin finalizar, pero que indican desacuerdo, aún sin terminar de explicar sus razones.

Ejemplo:

- Psicólogo*: "Bien. Voy a volver a hacerte la pregunta porque lo único que quiero es que me contestes un sí contundente, fíjate"*
- Cliente*: "Pero es que no sé, es que yo no veo…"*(Mostrar desacuerdo)
- Psicólogo*: "Bueno, pues vamos a volver a repetirlo hasta que…"*

3.4.2 Si el cliente repite lo mismo que ha dicho el terapeuta pero negándolo, dicha verbalización se categorizará como *Mostrar desacuerdo*. Esto será así independientemente de la categoría del terapeuta que vaya antes.

Ejemplo:

- Psicólogo*: "Culpable quizás…"*
- Cliente*: "Bueno, culpable a lo mejor no sería la palabra…"* (Mostrar desacuerdo)

3.4.3 Las verbalizaciones como "*No me refiero a eso"* se registrarán como *desacuerdo*.

3.5. Mostrar acuerdo y desacuerdo vs. Proporcionar información:

3.5.1 Se acuerda que en los casos en los que la verbalización del terapeuta se categorice como *Función discriminativa indicando la dirección de la respuesta* o como *Función informativa, motivadora o instructora*, una respuesta del cliente que incluya información sobre el acuerdo o el desacuerdo con ello, aunque se pudiera considerar *Proporcionar información*, se priorizará la categoría *Mostrar aceptación* o *desacuerdo*.

Ejemplos:

- Psicólogo*: "¿Y tú no crees que tienes ningún valor?"* (Función discriminativa indicando)
- Cliente*: "Nada especial"* (Mostrar desacuerdo, no Proporcionar información)

- Psicólogo*: "No, no, no, no soy capaz de calificar una conducta tan extraña como buena o mala, ni siquiera creo que yo tendría la capacidad para hacerlo, es buena o mala en la medida en que a uno le resulte conveniente y a vosotras está claro que sí os resulto, o sea que eso era lo que teníais que hacer, cumplíais con vuestra responsabilidad* (Función informativa)*, pero ¿tú crees que es una, no te has planteado que no es una conducta habitual?"* (Función discriminativa indicando)
- Cliente*: "No, no me lo he planteado"* (Mostrar desacuerdo, no Proporcionar información)

- Psicólogo: *"Tenéis que reducir el número de llamadas a las que él te llame… o a las que quieras tú llamar pero asumiendo que no te lo va a coger o te va a colgar… "(*Función Instructora)
- Cliente: *"No, sí, sí, lo asumo, forma parte de él…"* (Mostrar Aceptación, no Proporcionar Información)

3.5.2 Por otra parte, hay veces en que la verbalización del terapeuta categorizada como *Función de refuerzo conversacional* provoca una respuesta del cliente en la que éste muestra su acuerdo o no con ello y, por tanto, en estos casos también se priorizaría la categoría *Mostrar aceptación* o *desacuerdo* sobre *Proporcionar información*.

Ejemplo:
- Cliente*: "Lo pasé mejor de lo que yo creía"*
- Psicólogo*: "Fenomenal"* (Función de refuerzo conversacional).
- Cliente*: "Sí, claro,* (Mostrar aceptación) *porque esto me anima bastante"* (Proporcionar información)

3.5.3 En resumen, se considerará *Mostrar aceptación* o *desacuerdo* la verbalización del cliente que responda a una intervención por parte del terapeuta en la que se le pide que muestre su acuerdo o desacuerdo o bien cuando no se le indique claramente pero él lo exprese tras una verbalización del terapeuta con *Función discriminativa indicando, Función informativa, motivadora o instructora* (muchas veces el cliente mostrará aceptación o desacuerdo en forma de argumentos o contraargumentos para apoyar lo que el terapeuta ha dicho) o *Función de refuerzo conversacional*.

3.5.4 Hay ocasiones en que después de la categoría *Otras* del terapeuta podría darse la categoría *Mostrar desacuerdo* o *aceptación* por parte del cliente, puesto que la categoría *Otras* puede incluir una variedad de contenidos. Sin embargo, esto no significa que siempre haya que atender a esto después de la categoría *Otras*, tal como ocurre en los otros casos en los que hemos considerado prioritario registrar *Mostrar acuerdo/desacuerdo* en lugar de *Proporcionar información*.

3.5.5 De la misma manera, después de la categoría *Función de castigo* del terapeuta sólo registraremos *Aceptación* o *Desacuerdo* en aquellos casos en los que se verbalice explícitamente el acuerdo o el desacuerdo (*"Sí, tienes razón", "Pues yo no estoy de acuerdo"*…) sin atender si el contenido del cliente va a favor o en contra de lo que acaba de decir el terapeuta.

3.5.6 Sólo se registrará *Mostrar aceptación* o *desacuerdo* como respuesta a la verbalización previa del terapeuta y nunca como acuerdo o aceptación con el tema general da la sesión.

3.5.7 En los casos en los que la pregunta del terapeuta es de dos opciones (*"¿eres buena o mala?"*), la respuesta del cliente optando por una de las opciones se categorizará como *Proporcionar información* y no *Mostrar aceptación* o *desacuerdo*.

3.5.8 Para clarificar las posibles dudas entre estas categorías, debemos distinguir 5 situaciones:

- *Mostrar aceptación*: el cliente muestra un claro acuerdo con lo que el terapeuta estaba diciendo, con palabras que denoten aceptación, o bien completando la frase del psicólogo o repitiendo lo que ha dicho el psicólogo con las mismas palabras, más o menos, sin añadir nada cualitativamente diferente.

  Ejemplo:
  - Psicólogo*: "Él no sabe hacer cosas de la casa porque no le han enseñado nunca en su casa…"*
  - Cliente*: "Totalmente de acuerdo"* (Mostrar aceptación)

- *Mostrar desacuerdo*: el cliente muestra un claro desacuerdo con lo que el terapeuta estaba diciendo, con palabras que denoten desacuerdo.

  Ejemplo:
  - Psicólogo*: "Él no sabe hacer cosas de la casa porque no le han enseñado nunca en su casa…"*
  - Cliente*: "No creo que eso sea así"* (Mostrar desacuerdo)

- *Proporcionar información*: el cliente aporta información para la evaluación o el tratamiento pero sin que sus palabras indiquen aceptación o desacuerdo con lo que el terapeuta estaba diciendo.

  Ejemplo:
  - Psicólogo: *"Él no sabe hacer cosas de la casa porque no le han enseñado nunca en su casa…"*
  - Cliente: *"En mi casa pasaba lo mismo, que mi madre siempre hizo las cosas ella y no nos enseñó nunca"* (Proporcionar información)

- *Mostrar aceptación + Proporcionar información*: el cliente muestra acuerdo con lo que el terapeuta estaba diciendo y, al mismo tiempo, añade información extra para la evaluación o el tratamiento. Muchas veces dice algo así como "*Ya, pero…*(información)" y, para diferenciar si esto significa aceptación o desacuerdo (puesto que parece que serían siempre *Mostrar aceptación* o *desacuerdo* "parciales"), nos fijaremos en si la información que viene después argumenta (*Mostrar aceptación*) o contraargumenta (*Mostrar desacuerdo*) en relación con la verbalización del terapeuta.

  Ejemplos:

- Psicólogo: *"Si te das cuenta son situaciones en las que piensas que no podrías salir…o que se te dificultaría ese tema"*
- Cliente: *"Por ejemplo, estando en un restaurante en vez de estar en el fondo es mejor estar en la entrada"* (Mostrar aceptación + Proporcionar información)

- Psicólogo*: "Él no sabe hacer cosas de la casa porque no le han enseñado nunca en su casa…"*
- Cliente*: "Desde luego que su madre hacía todo y nadie movía un dedo en su casa"* (Mostrar aceptación + Proporcionar información)

Cuando el cliente, después de una verbalización del terapeuta categorizada como *Función de preparación informativa*, empieza su frase con *"ya, pero"* y después da datos para aclarar que eso es lo que le ocurre, no se consideraría que esta información es un contraargumento, sino una información que aporta el cliente sobre el tema. Por tanto, se marcaría *Mostrar aceptación* (y no desacuerdo) seguido de *Proporcionar información*.

Ejemplo:
- Psicólogo*: "Hacer eso lo único que produce es que el problema se mantenga en el tiempo porque consolidas tu imagen negativa de ti misma"*
- Cliente*: "Ya, pero eso lo hago también en el trabajo, en mi vida personal, total, en todos sitios"* (Mostrar aceptación + Proporcionar información)

- Psicólogo*: "Él no sabe hacer cosas de la casa porque no le han enseñado nunca en su casa…"*
- Cliente*: "Ya, pero si te fijas a todos sus hermanos les ocurre lo mismo y seguro que tiene que ver con eso, con que no les han enseñado"* (Mostrar aceptación + Proporcionar información)

- *Mostrar desacuerdo + Proporcionar información*: el cliente muestra desacuerdo con lo que el terapeuta estaba diciendo y, además, añade información extra para la evaluación o el tratamiento. Muchas veces dice algo así como *"Ya, pero…*(información)*"* y, para diferenciar si esto significa aceptación o desacuerdo (puesto que parece que serían siempre *Mostrar aceptación* o *desacuerdo* "parciales"), nos fijaremos en si la información que viene después argumenta (*Mostrar aceptación*) o contraargumenta (*Mostrar desacuerdo*) en relación con la verbalización del terapeuta.

Ejemplos:
- Psicólogo*: "Él no sabe hacer cosas de la casa porque no le han enseñado nunca en su casa…"*
- Cliente*: "Ya, pero su hermano sí que ha aprendido y los dos han vivido en la misma casa"* (Mostrar desacuerdo + Proporcionar información)

- Psicólogo*: "Él no sabe hacer cosas de la casa porque no le han enseñado nunca en su casa…"*

- Cliente*: "Pues su hermano sí que sabe hacer cosas desde pequeño"* (Mostrar desacuerdo + Proporcionar información)

En estos dos últimos casos (d y e) en los que el cliente primero muestra aceptación/desacuerdo y luego, además, añade información, el criterio para considerar que añade información es que ésta sea cualitativamente diferente con respecto a la aceptación/desacuerdo, pues cuando no se añade nada cualitativamente diferente a la propia aceptación o desacuerdo, sólo se registrará como *Mostrar aceptación/desacuerdo*.

Ejemplo en que sólo se registraría *Mostrar aceptación*:

- Psicólogo*: "¿Crees que haces bien tu trabajo?"*
- Cliente*: "Sí"* (Proporcionar información)
- Psicólogo*: "No, ese sí dubitativo no me sirve. Volvemos a empezar"*
- Cliente*: "Sí, sí, sí lo creo"* (Mostrar aceptación, no Proporcionar información porque "sí lo creo" no añade nada a "sí, sí")

Ejemplo en que se registraría *Mostrar aceptación + Proporcionar información*:

- Psicólogo*: "¿Qué bien, no?"*
- Cliente*: "Sí, es bonito"* (Mostrar aceptación + Proporcionar información porque "es bonito" añade información con respecto a "sí (qué bien").

- Psicólogo*: "El motivo para que estés así tiene que ver con tus pensamientos"*
- Cliente*: "Sí, lo se"*

- Psicólogo*: "El motivo para que estés así tiene que ver con tus pensamientos"*
- Cliente*: "Sí, pero no puedo evitarlo"*

Ejemplo en el que se registraría primero *Mostrar desacuerdo* y después *Propocionar información*:

Ejemplo:

- Psicólogo*: "¿No crees que tu reacción fue excesiva?"*
- Cliente*: "No lo sé* (Mostrar desacuerdo) *pero no me dijo nada" (*Proporcionar información)

Como resumen de las 5 posibilidades para diferenciar *Mostrar aceptación/desacuerdo* y *Proporcionar información*: se registrarán sólo las categorías aisladas cuando claramente y solamente se muestre acuerdo, desacuerdo o se proporcione información, pero cuando el cliente contraargumenta o apoya los argumentos del terapeuta y da lugar a dudas, registraríamos ambas categorías. Creemos que tiene sentido categorizarlo de esta manera, pues no es lo mismo decir que no estás de acuerdo que decirlo presentando un argumento en contra o a favor

y esta diferencia se tiene que reflejar en la categorización que se realice. Por ejemplo, los dos ejemplos siguientes no son iguales:

- Psicólogo*: "Santi no hace cosas en casa porque no le han enseñado"*
- Cliente*: "No estoy de acuerdo"* (Mostrar desacuerdo)

- Psicólogo*: "Santi no hace cosas en casa porque no le han enseñado"*
- Cliente*: "Pues su hermano sí que hace cosas en casa desde pequeño"* (Mostrar desacuerdo + Proporcionar información)

3.5.9 A la hora de marcar los tiempos en que se dan las categorías *Mostrar aceptación/desacuerdo* y *Proporcionar información* cuando se dan las dos seguidas, se hará lo siguiente:

- Cuando se pueda diferenciar claramente el inicio de ambas, marcar los dos inicios en el momento en que se dan.

  Ejemplos:
  - Cliente*: "*(Mostrar desacuerdo) *Ya, pero* (Proporcionar información) *no tengo claro que las cosas fueran como tú dices"*

  - Cliente*: "*(Mostrar desacuerdo) *Hombre, yo no bebía tanto como tú dices, la verdad,* (Proporcionar información) *porque lo que ocurría es que cuando salía con mis amigas a veces bebía pero cuando estaba en casa nunca lo hacía"*

- Cuando no se puedan diferenciar claramente el inicio de ambas categorías, marcar los dos inicios uno seguido del otro al principio de toda la verbalización, siempre dejando un pequeño intervalo de menos de un segundo para que el programa *The Observer* los considere categorías diferentes.

  Ejemplo:
  - Cliente*: "*(Mostrar desacuerdo) / (Proporcionar información) *Aquí no estás teniendo en cuenta que él no aprendió pero su hermano sí aprendió; desde pequeñito le enseñaron a ayudar en casa y ahora mismo saber hacer de todo, incluso cocina, plancha, …"*

3.5.10 Sobre este tema, no se nos puede olvidar que puede ocurrir que el cliente muestre aceptación claramente y después desacuerdo, y entonces tendríamos que señalar las categorías *Mostrar aceptación* y luego *Mostrar desacuerdo*.

Ejemplo:
- Cliente*: "* (Mostrar aceptación) *Sí, sí, totalmente de acuerdo, entiendo perfectamente todo lo que me has explicado,* (Mostrar desacuerdo) *sin embargo, hay una parte que no comparto"*.

3.5.11 Existen casos de verbalizaciones muy largas del cliente que primero se categorizarían como *Mostrar aceptación* y después *Mostrar desacuerdo* +

Proporcionar información. Habría que señalar las tres categorías, en función de los acuerdos que existen sobre el tema.

Ejemplo:

- Cliente*: "*(Mostrar aceptación) *Sí, sí, totalmente de acuerdo, entiendo perfectamente todo lo que me has explicado,* (Mostrar desacuerdo + Proporcionar información) *pero lo que él hizo fue justo lo contrario de lo que dices porque se comportó de una manera totalmente irresponsable"*

3.5.12 En ocasiones, después de mostrar su aceptación y luego su desacuerdo y proporcionar información, el cliente vuelve a mostrar su aceptación de nuevo. Si es una frase suelta dentro del desacuerdo + información, no se registraría, pero creemos que si es de nuevo una frase extensa sobre su acuerdo con parte de la última verbalización del terapeuta, entonces se volvería a señalar la categoría *Mostrar aceptación*. Cuando se termine esta nueva aceptación, si sigue con *Mostrar desacuerdo + Proporcionar información*, se volvería a registrar así.

3.5.13 Cuando la verbalización del cliente se registra como *Mostrar aceptación* o *desacuerdo + Proporcionar información* y el terapeuta introduce entre medias una pequeña verbalización categorizada como *Función de refuerzo conversacional* u *Otras*, entonces después de ello no se registrará de nuevo *Mostrar aceptación/desacuerdo + Proporcionar información* sino sólo *Proporcionar información*.

3.5.14 Una última anotación sobre el tema: tal como se ha recogido previamente, cuando el cliente se anticipa y termina las verbalizaciones del psicólogo, esto se considera *Mostrar aceptación*. Hay ocasiones en las que la frase con la que termina es un poco larga y consiste en redundar en la misma idea. En estos casos también se categorizaría como *Mostrar aceptación*, no *Proporcionar información*, a no ser que se ponga a ejemplificar algo de lo que ha dicho. Incluso, aunque el terapeuta intervenga entre medias con la *Función refuerzo conversacional* o una verbalización categorizada como *Otras*, se continuaría la verbalización del cliente como *Mostrar aceptación*.

Un ejemplo para que se vea el límite entre *Mostrar aceptación* y *Proporcionar información*:

- Psicólogo*: "Los niños son muy listos, vamos, que son unos…"*
- Cliente*: "Manipuladores, vamos…"* (Mostrar aceptación)
- Psicólogo*: "Sí, total"*
- Cliente*: "Que sí, que saben conseguir lo que buscan"* (Mostrar aceptación)
- Psicólogo*: "Exacto"*
- Cliente*: "Además, es lo que dicen mis amigos, que todos los que tienen hijos están cansados porque quieren todo lo que ven, etc."* (Proporcionar información)

3.5.15 Por otra parte, ante preguntas como *"¿me entiendes?"*, *"¿sabes?"* o *"¿no sé si me explico?"*, *"¿eso lo tienes claro*?" una respuesta afirmativa o negativa del cliente se consideraría *Proporcionar información*. En preguntas, sin embargo,

como por ejemplo *"¿de acuerdo?", "¿no?", "¿es así?", "¿te parece bien?""¿verdad?", "¿vale?"* o *"digo, si te parece…"* una respuesta afirmativa se considerará *Mostrar aceptación* y una negativa *Mostrar desacuerdo*.

Ejemplos:

- Psicólogo*: "(…) Es verdad que las circunstancias del contexto favorecen un determinado tipo de consecuencias pero no quiere decir que sean las únicas ni que tú tengas que elegir esas, ¿de acuerdo?"*
- Cliente*: (asiente con la cabeza)* (Mostrar aceptación)

- Psicólogo*: "(…)Es decir, tú ya no estás en un ambiente triste, ya no estás en un ambiente en el que te tienes que proteger, ya no estás en un ambiente de indefensión, sin embargo, sigues sintiendo, te sigues comportando como si estuvieses en ese ambiente. ¿Por qué? porque no has aprendido otras cosas, ¿me entiendes?"*
- Cliente*: (asiente con la cabeza)* (Proporcionar información)

3.5.16 En los casos en los que se den dos de estos de discriminativos seguidos y pertenezcan a tipos de preguntas diferentes nos guiaremos por el último que aparezca para decidir el registro del cliente.

Ejemplo:

- Psicólogo*: Eso también lo sabes ¿no?*
- Cliente: *Sí* (Mostrar aceptación)

3.5.17 Como se ha especificado ya, cuando el terapeuta pregunta el cliente cosas como *"¿me entiendes?"*, una respuesta como *"sí"* o *"no"* se consideraría *Proporcionar información*. Sin embargo, hay veces que en lugar de contestar esto, el cliente contraargumenta y esto se consideraría *Mostrar desacuerdo* (o también podría ser *Mostrar aceptación*, si se diera el caso).

3.5.18 En los casos en los que haya duda entre aceptación/ desacuerdo con o sin proporcionar información en los que la cosa se complique todavía más porque no entendamos bien lo que dice el cliente acordamos ser muy restrictivas.

Ejemplo:

- Después de cualquier estado del terapeuta.
- Cliente: *Sí*… (verbalización que no entendemos)
- Psicólogo: *Exacto*

Aunque ese exacto nos de pie a pensar que algo diferente puede haber dicho el cliente la solución más lógica es que en estos casos registremos sólo lo que oímos y eso es sólo aceptación.

3.6. Malestar:

3.6.1 Esta categoría incluye las verbalizaciones en las que el cliente hace referencia al padecimiento que está soportando debido a sus conductas problema. También se

incluyen aquellas verbalizaciones en las que se expresa con un tono quejoso. Como este último aspecto puede resultar bastante complicado de discriminar nos guiaremos comparando el tono de la verbalización susceptible de ser *Malestar* con el tono medio de las verbalizaciones emitidas por el cliente

3.6.2 En esta categoría también incluimos las verbalizaciones en las que el cliente anticipa su padecimiento ante algo.

- Ejemplo: Ante la pregunta del psicólogo ¿Vas a hacer esto? El cliente responde: "*Me voy a sentir fatal*".

3.6.3 Para ayudarnos a decidir si una verbalización es, o no es, anticipación, la pondremos en tiempo presente. Si la verbalización, así conjugada, quedara dentro de la categoría *Malestar* la registraremos así aunque este en futuro.

Un listado de contenidos que puede ayudarnos a detectar *Malestar* es el que se presenta a continuación:

- Estoy desesperada
- Me siento mal.
- Estoy al límite
- Me altera
- Me abruma
- Estoy bloqueada
- Estoy desencantada
- Lo estoy pasando mal
- Me agobio
- Me cuesta…
- No disfruto
- No estoy bien
- Me molesta
- Me siento culpable
- Me da miedo
- Sentí una sudoración
- Empecé a notar una taquicardia…
- Me molesta
- Voy con miedo
- Me frustra
- Me siento solo
- Me da rabia
- Me siento mal
- Me siento triste
- Me siento insegura
- Me resulta incómodo
- Siento rechazo
- Estoy cansada
- Me afecta
- Estoy desganada
- Estoy apática
- Estoy avergonzada
- Estoy atascada

- Estoy estresada
- Me da pánico
- Lo paso fatal
- Me pongo como una moto

3.6.4 Hay veces en que se confunde la categoría *Malestar* con *Mostrar desacuerdo + Proporcionar información*, puesto que puede ocurrir que el tono no parezca de *Malestar* pero el contenido sí lo sea. En todos los casos habría que priorizar *Malestar* frente a la otra opción.

3.6.5 Ante preguntas del tipo ¿Qué tal? ¿Cómo ha ido la semana?, etc., el hecho de que el cliente conteste con verbalizaciones que se refieren claramente al *Malestar* y al padecimiento que ha sufrido nos decantaremos por la categoría *Malestar* frente a *Proporcionar información*.

Ejemplo:

- Psicólogo: *¿Qué tal la semana?*
- CASO 1- Cliente: *Mal* (Proporcionar Información)
- CASO 2- Cliente: *Muy mal, he estado fatal, muy triste…* (Verbalización de malestar)

3.6.6 Como excepción a los criterios generales del registro de esta categoría señalamos que, en el caso concreto en el que la pregunta del terapeuta incluya los contenidos típicos que registramos como *Malestar* en el cliente, el hecho de que este último responda un Sí será registrado como *Malestar*.

Ejemplo:

- Psicólogo: *¿Lo pasaste realmente mal cuando te expusiste a la situación?*
- Cliente: *Sí* (Verbalización de malestar)

3.6.7 Cualquier verbalización sobre el padecimiento del cliente referida al pasado no se registrará como *Malestar*. Para ayudarnos respecto a los tiempos verbales registraremos como *Malestar* aquellas verbalizaciones en las que el contenido de lo que dice sea algo que a día de hoy les afecte.

Ejemplo:

- Cliente: "*En su momento Pilar, que me cabreaba un montón, me pegaba tres berridos…*" (Proporcionar Información)

3.6.8 Muchas veces tenemos problemas al diferenciar la categoría *Proporcionar Información* con *Malestar*, sobre todo en los casos en los que dudamos con *Malestar* por contenido. En general, en estos casos, priorizaremos el *Malestar* al *Proporcionar Información* aunque debemos discriminar bien que el cliente esté valorando de manera negativa su estado actual haciendo referencia a su padecimiento. Por ejemplo en la frase: "*No es una situación de las más cómodas*" el cliente únicamente describe la situación, no su estado, por lo que deberíamos registrar *Proporcionar Información* y no *Malestar*.

3.6.9 Cuando en las verbalizaciones en las que se detecta *Malestar* encontramos alguna expresión en condicional hay que diferenciar lo siguiente:

- Si expresa en condicional la opción de hacer algo pero asegura que si lo hiciera se sentiría mal registraremos *Malestar*.
  Ejemplo:
  Cliente: *"Si subiera me sentiría fatal"* (Verbalización de bienestar)
- Si expresa en condicional la opción de que haciendo algo se sienta o no mal registraríamos *Proporcionar información*.
  Ejemplo:
  Cliente: "… y no subo porque me sentiría fatal" (Proporcionar Información)

3.6.10 Cualquiera de los contenidos de *Malestar* verbalizados por el cliente serán registrados como tal aunque estén expresados con adverbios de cantidad del tipo "*Un poco…"*

3.6.11 Hay que tener cuidado con algunas frases que incluyen contenidos de *Malestar* como por ejemplo: "*Ahora también me pongo nerviosa pero lo se controlar*". Es muy difícil hacer criterios operativos para este tipo de frases pero hay que fijarse que categoría tiene más peso cuando más de una interfiera y en este caso sería *Proporcionar información*.

3.6.12 No son *Malestar* frases del tipo: "*Tengo un problema con…" "Tengo fobia…*"

3.7. Fracaso vs. Malestar.

3.7.1 Puede ocurrir que nos encontremos ante verbalizaciones del tipo "*no puedo*" que nos hagan dudar entre estas dos categorías. En principio si el cliente expresa un *No puedo* relacionado con los objetivos terapéuticos una vez iniciado el registraríamos F*racaso*. Pero si el *No puedo* se relaciona con las tareas o con la desesperación e impotencia de lo que *no puede* registraríamos *Malestar*.

3.8. *Fracaso*.

3.8.1 Otra tipo de verbalizaciones de *Fracaso* serían aquellas en las que el cliente haga referencia explícita a que está retrocediendo.

3.8.2 Si dentro de una verbalización de *Fracaso* el cliente pone un ejemplo en el que manifiesta claramente ese fracaso lo registraríamos dentro de esta categoría y no lo fragmentaríamos con *Proporcionar Información*.

Ejemplo:

Cliente: "*Me siento incapaz igual que con mis compañeras de trabajo cuando llegan tarde, soy incapaz de hacerle frente…"*

3.8.3 La verbalización de *Logro* y *Fracaso* puede darse desde la primera sesión teniendo en cuanta que, además de las conductas más o menos adaptativas relacionadas con los objetivos terapéuticos enunciados en el análisis funcional, en las sesiones de evaluación puede darse la anticipación tanto de *Logro* como de *Fracaso*.

3.8.4 Como excepción a los criterios generales del registro de esta categoría señalamos que, en el caso concreto en el que la verbalización del terapeuta sea, o bien una motivadora que explicite la posibilidad de cambio (*Lo vamos a conseguir*), o bien una discriminativa que le pregunte por las expectativas del cambio (*¿Crees que podrás conseguirlo?*o por el contrario *¿Crees que no cambiarás?*), el hecho de que el cliente responda de manera negativa o desacorde con las expectativas o posibilidades del cambio aunque no lo verbalice de manera explícita será registrado como Verbalización de *Fracaso*.

3.9. Logro.

3.9.1 Esta categoría incluye las verbalizaciones que hacen referencia a logros terapéuticos o a la situación que el cliente está viviendo o prevé que llegará en el futuro como fruto de sus logros terapéuticos o debido a cualquier otra circunstancia.
Ejemplo:

- Cliente*: "Sobre ese tema estoy contenta porque lo estoy llevando fenomenal"* (Logro)

3.9.2 Ampliamos esta categoría a verbalizaciones en las que el cliente haga alusión de alguna manera a la posibilidad de llevar algo a cabo (terapéutico) que antes no era capaz de realizar.

Ejemplo:

- Cliente*: "Pero me lo tomo de otra manera*".

3.9.3 Como excepción a los criterios generales del registro de esta categoría señalamos que, en el caso concreto en el que la verbalización del terapeuta sea, o bien una motivadora que explicite la posibilidad de cambio (*Lo vamos a conseguir*), o bien una discriminativa que le pregunte por las expectativas del cambio (*¿Crees que podrás conseguirlo?, ¿Crees que cambiarás?*), el hecho de que el cliente responda de manera positiva o acorde con las expectativas o posibilidades del cambio aunque no lo verbalice de manera explícita será registrado como verbalización de *Logro*.

- Psicólogo: *Que te ponga a ti la medalla porque lo vamos a conseguir* (Motivadora)
- Cliente: *Eso espero* (Verbalización de Logro)

- Psicólogo: *¿Crees que podrás conseguirlo?*(Discriminativa)
- Cliente: *Sí* (Verbalización de Logro)

- Psicólogo: *¿Has aumentado las interrelaciones con la gente tanto las que parten de ti como las que te proponen?*(Discriminativa)

- Cliente: *Sí* (Verbalización de Logro)

- Psicólogo: *¿Has mejorado tu estado de ánimo general?*(Discriminativa)
- Cliente: *Sí* (Verbalización de Logro)

- Psicólogo: *¿Sonríes más?*(Discriminativa)
- Cliente: *Sí* (Verbalización de Logro)

3.9.4 Debemos concebir el *Logro* y el Fracaso para consecuciones o no consecuciones desde el inicio de la terapia, no cosas que lograra en el pasado.

3.9.5 Si pone en comparación la consecución de dos objetivos terapéuticos señalando que los dos han avanzado, aunque uno más que otro, señalar *Logro* y no fragmentar con *Proporcionar información*.

3.9.6 Después de verbalizaciones largas de *Logro*/ *Fracaso/ Bienestar/ Malestar* y en continuación con el punto anterior acordamos que hay que decidir el peso global de cada verbalización y marcar sólo una de estas categorías aunque dentro de ella haga ligeras referencias a la categoría contraria. "*Lo he conseguido, me he quitado el miedo, me noto mucho mejor aunque en la calle pase todavía un poco de miedo"*. La única excepción a este criterio sería que dijera algo muy diferente y exclusivo de la categoría contraria. "*Por ejemplo ayer que fui a comprar todo y fenomenal, estaba muy bien… pues hoy por ejemplo por la mañana que me he puesto mas nerviosa me ha dado por pensar "Ay con lo bien que estaba yo… estoy retrocediendo*"

3.9.7 Si dentro de una verbalización de *Logro* el cliente pone un ejemplo en el que manifiesta claramente ese logro lo registraríamos dentro de esta categoría y no lo fragmentaríamos con *Proporcionar información*.

- Cliente: "*Antes sentía que no podía hacer por todo el mundo tanto como ellos conmigo, ahora me pasa pero no tanto, no siento que le deba ya a todo el mundo nada, por ejemplo con una chica en el trabajo que tampoco es que me apetezca hablar con ella, porque no se… es un poco simple y…claro yo antes me sentía fatal por rechazar gente pero ahora pienso… bueno es que tampoco pasa nada… no todo el mundo nos tenemos porque llevar bien y conectar todo el mundo*" (Todo esto sería Verbalización de Logro, no habría que fragmentar con Proporcionar Información el ejemplo de la chica del trabajo)

3.9.8 Verbalizaciones en las que el cliente afirme que "*ha avanzado*" también serán registradas como Logro.

3.9.9 La verbalización de *Logro* y *Fracaso* puede darse desde la primera sesión teniendo en cuanta que, además de las conductas más o menos adaptativas relacionadas con los objetivos terapéuticos enunciados en el análisis funcional, en las sesiones de evaluación puede darse la anticipación tanto de *Logro* como de *Fracaso*.

3.10. Bienestar.

3.10.1 Esta categoría incluye verbalizaciones del cliente que hacen referencia al estado de satisfacción o felicidad del mismo.

Ejemplo:

- Cliente: "*No me puedo quejar mucho, soy afortunado"* (Verbalización de Bienestar)

3.10.2 Un listado de contenidos que puede ayudarnos a detectar *Malestar* es el que se presenta a continuación:

- Estoy a gusto.
- Me siento bien.
- Estoy encantada
- Lo estoy pasando bien
- Me alivia.
- Me tranquiliza.
- Disfruto
- Estoy tranquila
- Estoy bien
- Estoy orgullosa
- Siento entusiasmo
- Me siento relajada.

3.10.3 Ante preguntas del tipo ¿Qué tal? ¿Cómo ha ido la semana?, etc., el hecho de que el cliente conteste con verbalizaciones que se refieren claramente a su felicidad y satisfacción nos decantaremos por la categoría *Bienestar* frente a *Proporcionar información*.

Ejemplo:

Psicólogo: *¿Qué tal la semana?*

CASO 1- Cliente: *Bien* (Proporcionar Información)
CASO 2- Cliente: *Excepcionalmente bien, ha sido una semana fantástica…* (Verbalización de bienestar)

Este acuerdo puede generar problemas a la hora de discernir cuando se da el Caso 1 y cuando se da el Caso 2. Para aclarar estos posibles problemas restringimos el Caso 1 únicamente a la palabra "Bien" ya que consideramos que esta respuesta es social, pero cualquier otro tipo de contenido que haga alusión a *Bienestar* nos hará registrar como en el Caso 2.

Por ejemplo:
- Psicólogo: *¿Qué tal con la reducción del Prozac?* (Discriminativo sin indicar)
- Cliente: *Muy bien, muy bien, muy bien, tampoco lo he notado, muy bien, muy bien.* (Verbalización de bienestar)

3.10.4 Registraremos esta categoría cuando la expresión de *Bienestar* esté relacionada con algo que en el momento presente afecte al cliente. Excepto en el caso de la anticipación de *Bienestar*, como en el ejemplo:

Ejemplo:
- Cliente: "*Estaré fenomenal*"

3.10.5 En estos casos, igual que decíamos para el *Malestar*, las verbalizaciones que en presente fueran contenidos de *Bienestar* serán también así registradas aunque se refieran al futuro.

3.10.6 Como excepción a los criterios generales del registro de esta categoría señalamos que, en el caso concreto en el que la pregunta del terapeuta incluya los contenidos típicos que registramos como *Bienestar* en el cliente, el hecho de que este último responda un "Sí" será registrado como *Bienestar*.
Ejemplo:
- Psicólogo: *¿Ha sido una semana más buena de lo normal?* o *¿La vida en este momento es más agradable?*
- Cliente: *Sí* (Verbalización de Bienestar)

3.10.7 Algunas expresiones nos provocan dudas a la hora de registrar o no bienestar, como por ejemplo "*Estoy bien*". Para ayudarnos en los casos como este o en los que no haya verbo en la verbalización del cliente tendremos en cuenta la verbalización anterior del terapeuta y si en esta aparece un verbo que esté relacionado con *estar*. Algunos ejemplos:

- Cliente: "*He estado bien"* (Verbalización de bienestar)

- Psicólogo: *"El objetivo es que tú no estés mal por lo que te estás diciendo…"*
- Cliente: "*No, pues bien"* (Verbalización de bienestar)

- Psicólogo: "*¿Qué tal has estado?"*
- Cliente: *"Bien, bien… la verdad es que bien*" (Verbalización de bienestar)

- Psicólogo: "*¿Qué tal las tareas?"*
- Cliente: *"Bien, bien… la verdad es que bien*" (Proporcionar Información)

3.10.8 No debemos confundir esto con expresiones del tipo "Muy bien" en las que este contenido será registrado dentro del contexto en el que sea verbalizado. Algunos ejemplos:

- Psicólogo: *"¿Qué tal van todas tus tareas?"*
- Cliente: *"Pues muy bien, en el metro muy bien"* (Proporcionar información)

- Cliente: "*Pues me puse así a mirar, yo no miraba a la gente, yo a lo mío, mogollón de gente, y muy bien"* (Seguimiento de instrucciones)

- Cliente: *"Lo he conseguido estar sola osea que ya fenomenal osea que muy bien, muy bien ya me encuentro fenomenal "* (Verbalización de logro)

- Cliente: *"Veía que pasaba el autobús y dije lo cojo así que muy bien"* (Proporcionar información)

3.10.9 Cuando en las verbalizaciones en las que se detecta *Bienestar* encontramos alguna expresión en condicional hay que diferenciar lo siguiente:

- Si expresa en condicional la opción de hacer algo pero asegura que si lo hiciera se sentiría mejor registraremos *Bienestar*.
  Ejemplo:

  - Cliente: *"Si subiera me sentiría fenomenal"* (Verbalización de bienestar)

- Si expresa en condicional la opción de que haciendo algo se sienta o no bien registraríamos *Proporcionar información*.

  Ejemplo*:*
  - Cliente*: "Subiré y a lo mejor me siento bien"* (Proporcionar Información)

3.11. Bienestar vs. Logro.

En relación a los acuerdos anteriores de *Bienestar* y de *Logro* nos planteamos la siguiente diferencia que nos ayudará a distinguir entre estas dos categorías:

3.11.1 Verbalizaciones del tipo "*Ya no me afecta*" debería ser registradas como *Logro*.

3.11.2 Verbalizaciones en las que el cliente describe una serie de conductas adaptativas sin aludir a que ha conseguido realizarlas sino aludiendo a que se ha sentido bien o no se ha sentido mal deberían ser registradas como *Bienestar*.

3.12. Seguimiento de instrucciones:

3.12.1 Se incluye en esta categoría la realización por parte del cliente de las conductas solicitadas por el terapeuta dentro (modificador *Dentro de sesión*) o fuera de sesión (modificador *Fuera de sesión*). Dentro de las categorías Seguimiento de instrucciones Fuera de sesión nos encontramos los siguientes tipos:

- Las verbalizaciones que se refieren a temas relacionados con la predicción de la consecución de la tarea (modificador *Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión*).

- Las verbalizaciones que se refieren a la descripción de la consecución de las tareas pautadas en sesiones anteriores. (modificador *Descripción de las instrucciones realizadas*)

Ejemplos:

a. Seguimiento de instrucciones- Dentro de sesión.
- Psicólogo*: "Te parece, bueno, está bien que te parezca significativo, luego volveremos sobre eso. Dame otras explicaciones"*
- Cliente*: "Pues no le apetecía llamar o simplemente se ha quedado sin batería y no le apetece pedir el móvil al compañero"* (Seguimiento de instrucciones dentro de sesión)

b. Seguimiento de instrucciones- Fuera de sesión- Descripción de las instrucciones realizadas.
- Psicólogo: *¿Has hecho el registro?* (Discriminativo)
- Cliente: *Sí* (Seguimiento de instrucciones- Fuera de sesión- Descripción de las instrucciones realizadas)
- Psicólogo: *¿Lo has traído?* (Discriminativo)
- Cliente: *Sí…* (Silencio)… *Lo he traído a ordenador porque como lo iba haciendo al momento era un poco ilegible así que…* (Seguimiento de instrucciones- Fuera de sesión- Descripción de las instrucciones realizadas)
- Psicólogo: *Muy bien, esto es perfecto ¿eh*? (Refuerzo)
- Cliente: *Sí, lo he puesto así y así…* (Señalando al registro) (Seguimiento de instrucciones- Fuera de sesión- Descripción de las instrucciones realizadas)
- Psicólogo: *Más claro…* (Refuerzo)
- Cliente: *Sí,* (Refuerzo) *y más rápido…* (Silencio) (Seguimiento de instrucciones- Fuera de sesión- Descripción de las instrucciones realizadas)

c. Seguimiento de instrucciones- Fuera de sesión- Anticipación del seguimiento de instrucciones.
- Cliente*: "Lo tengo que aprender y tengo la intención…"*

d. No sería Seguimiento de intrucciones un ejemplo como el siguiente (pues el terapeuta no da una instrucción sino que emite un discriminativo):
- Psicólogo*: ¿No puedes pensar nada más?* (Función discriminativa indicando)
- Cliente*: "No"* (Mostrar desacuerdo)

3.12.2 En fragmentos como el siguiente puede aparecer la duda de que verbalizaciones se registrarían como *Proporcionar información* y que fragmentos como Seguimiento de Instrucciones dentro de sesión:

- Psicólogo*: "¿Cómo crees que tu hermana lo va a… llevar mejor el planteamiento…? ¿Directamente…? ¿Quedar con ella para comer…? Cuéntame un poco como va a ser la escena para ver…* (Instructora dentro de sesión)

- Cliente: *Pues yo creo que quedar con ella para comer le va a extrañar tantísimo... que lo mejor es contarle… yo quiero contarle que… porque lo estoy haciendo… La llamare y… probablemente sea en el fin de semana y quedemos en su casa que probablemente esté sola también…* (Seguimiento de Instrucciones dentro de sesión.)
- Psicólogo: *¿Por qué su chico no está?*(Discriminativo)
- Cliente: *Sí, él trabaja los sábados también así que no estará…* (Proporcionar Información)
- Psicólogo: *Muy bien, perfecto.* (Refuerzo)
- Cliente: *Y antes quiero contarle porqué, un poco lo que tú me has dicho también…* (Seguimiento de Instrucciones dentro de sesión.*)*
- Psicólogo: *Muy bien.* (Refuerzo)
- Cliente: *Contarle que estoy yendo a un psicólogo, que probablemente eso la va a sorprender mucho porque se cree que soy infalible y superior a todo el mundo y supongo que eso será una buena introducción…(*Seguimiento de Instrucciones dentro de sesión.*)*
- Psicólogo: Le dice que muy bien muy bien (no transcribo) y le pregunta *¿a partir de ahí como crees que continuará la conversación? (*Instructora dentro de sesión)
- Cliente: *Pues yo creo que vamos a llorar mucho…más que hablar casi… la verdad es que no tengo ni idea… (*Seguimiento de Instrucciones dentro de sesión*)*

Acordamos asumir este tipo de fragmentos como bloques relacionados con la tarea que le ha mandado el terapeuta para dentro de sesión. Por lo que, en general, la respuesta a esa tarea será registrada como *Seguimiento de Instrucciones dentro de sesión*. En el fragmento de ejemplo la única parte que quedaría fuera sería la de respuesta a la discriminativa del terapeuta en la que el cliente contesta "*Sí, él trabaja los sábados también así que no estará…*"

3.12.3 Para ayudarnos en la diferenciación de las categorías del cliente decidimos jerarquizar las categorías en los bloques relacionados con tareas. De esta manera señalamos que:

- La categoría Seguimiento de Instrucciones se priorizará frente a *Proporcionar información*
- Las categorías *Malestar/ Bienestar/ Logro/ Fracaso* se priorizarán ante las categorías Seguimiento/ No seguimiento de instrucciones
- Las categorías Seguimiento/ No seguimiento de instrucciones se priorizarán ante las categorías Aceptación/ Desacuerdo a la tarea.
  Ejemplo:
  - Psicólogo: (Cualquier verbalización con *Función instructora*)
  - Cliente: Sí, sin problemas (Seguimiento de Instrucciones- Fuera de sesión- Anticipación del seguimiento de instrucciones)
  - Este último punto tiene tres excepciones:

- Las ocasiones en las que el cliente termina la verbalización con Función Instructora del terapeuta, en este caso registraríamos Aceptación.
    - Psicólogo: *Esta semana tienes que realizar el registro igual que la…*
    - Cliente: *…semana pasada.* (Mostrar aceptación.)
- Las ocasiones en las que el cliente contesta a un discriminativo conversacional del tipo ¿de acuerdo? después de una Instructora del terapeuta. (Mantendremos el mismo acuerdo si se contesta a dos conversacionales después de la Instructora)
    - Psicólogo: *Esta semana tienes que realizar el registro ¿de acuerdo?*
    - Cliente: *Sí.* (Mostrar aceptación.)
- Las ocasiones en las que el cliente repite lo último que ha dicho el terapeuta.
    - Psicólogo: *Esta semana tienes que realizar el registro*
    - Cliente*: El registro...* (Mostrar aceptación.)

Y a su vez este último punto tiene una excepción. Si, tanto en la repetición de lo que acaba de decir el terapeuta o en la finalización de la frase de este, el cliente verbaliza un verbo que implica el cumplimiento de la acción que deberá realizar registraremos Seguimiento de instrucciones.

Psicólogo: *"Y haces…"*

Cliente: *"Hago los movimientos musculares…"* (Seguimiento de Instrucciones)

3.12.4 Tenemos que tener en cuenta que la Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión no se tiene porque dar siempre después de una Instructora. Hay ocasiones en las que el terapeuta se refiere a diversas tareas en verbalizaciones Informativas o Motivadoras y que el cliente contesta a las mismas con verbalizaciones pertenecientes a esta categoría.

Ejemplo:

- Psicólogo*: "Todo lo que adelantes en casa está bien porque así podemos utilizar el tiempo de la sesión en otras cosas"* (Función Motivadora)
- Cliente*: "Lo intentare, a ver…"* (Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión)

- Psicólogo*: "[…]"* (Fragmento muy largo con verbalizaciones Informativas, Instructoras y Motivadoras refiriéndose a la importancia de flexibilizar la forma de pensar y a la consecución en global de los objetivos terapéuticos)
- Cliente*: "Lo tengo que aprender y tengo la intención…"* (Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión)

3.12.5 No se debe registrar como Seguimiento de Instrucciones verbalizaciones en las que el cliente hable de pautas realizadas en el pasado, antes de que fueran descritas por el terapeuta.

- Psicólogo: *"Tenéis que reducir las llamadas[…] Lo mejor es dejar de hacerlo"*
- Cliente: *"Ya, y es lo que he hecho"* (Mostrar Aceptación + Proporcionar Información)

3.12.6 Consideramos que también se debe registrar Seguimiento de instrucciones sin que haya habido previamente una Instrucción en ocasiones en las que, aunque no sepamos a ciencia cierta si ha habido pauta o no, terapéuticamente se pueda suponer con mucha certeza. Por ejemplo cuando el cliente hable de que ha practicado la respiración, se ha dado auto- instrucciones, etc. Será registrado como seguimiento de instrucciones las ocasiones en las que sin pregunta explícita del terapeuta ni pista del cliente, este último describa la técnica relacionada con la pauta marcada en sesiones anteriores. Es decir (para ayudarnos con ejemplos) si el cliente explica que realizó la respiración / relajación en una situación en la que se notó nervioso, que paró los pensamientos desadaptativos que se le venían y se esforzó en pensar en otra cosa, que se obligó a salir aunque no tuviera ganas, que planificó ir en autobús aunque supiera que le iba a provocar cierto malestar pero que tenía que aguantarlo hasta que se redujera, etc., registraríamos Seguimiento de Instrucciones (Descripción de las tareas realizadas). Pero si, únicamente describe la situación en la que salió el fin de semana, se subió a un autobús o entró a un centro comercial no registraremos Seguimiento a pesar de que, desde el punto de vista clínico, sepamos que sí lo es. Ejemplos concretos para ayudar:

- *"Por ejemplo la semana pasada que fue la del puente pues el domingo quedamos a comer en casa de una hermana en Móstoles y yo ya hice un este de así… venga Alfonso vete tu si quieres a casa, yo me quedo con el niño, digo… y así ayudo a mi hermana que está mala de las manos… yo haciendo un poco el paripé digo pues así lo hago yo mejor y… yo el lunes como él trabajaba y yo no digo… pues el lunes me voy yo ya a casa y me dice ¿vengo a por ti? Y yo no, no…no vengas, yo así aprovechando llevo al niño, me voy en transporte público y digo… pues fenomenal… entonces me cogí un autobús que yo además me reía, decía esto es imposible… cogí un autobús en Móstoles que me llevó a Príncipe Pío, con el niño, íbamos los dos que salimos a las seis de la tarde, que me llevó a Príncipe Pío, desde allí cogí otro autobús, el circular, que me llevó a Manuel Becerra, que di más vueltas que otro poco…y luego cogí el 38 hasta mi casa…"* (Proporcionar Información)
- *"Según subía ya la calle Alcalá desde casa, pues iba… tenía la sensación esa que te comenté de que parece que iba como flotando…pero como que no hacía caso… digo voy a estar así mirando y eso… y digo pues si no es nada, si ya se que esto me pasa y se me va, entonces no he hecho caso y se me ha pasado y ya tranquilamente… "* (Seguimiento de Instrucciones-Descripción de las tareas realizadas)
- *"Mi obsesión es que si yo subo hacia arriba y me pongo mal, me pongo tan mal que es que yo digo tardo un montón hasta que llego abajo*

entonces no quiero subir yo quiero estar cerca de una puerta… y entonces se fue Alfonso a la parte de abajo y me dice venga pues sube tú a ver si ves unos zapatos par mi ¡y los zapatos es que están en la planta de arriba!, y no tenía otro remedio que subir para arriba, y con el niño y digo bueno, pues vale, subiré, pero tú llevas el móvil ¿no? que yo llevo el móvil también, sí subí pero que se notaba que estaba intranquila, estaba deseando que subiese, verle, y en el momento ya que tardó… " (Proporcionar Información + Malestar)

3.12.7 Ante la dificultad que nos provoca acotar la explicación que dan los clientes de ciertos Seguimientos de instrucciones acordamos que los siguientes contenidos también forman parte de esta categoría:

- "*Dejé de pensar", "Paré mis pensamientos*" (es complicado que se describa de otra manera el seguimiento de la parada de pensamiento).
- "*Me empecé a relajar*"
- "*Me puse a respirar*"

3.12.8 Si dentro de estos bloques en los que el cliente describe el Seguimiento de instrucciones introduce verbalizaciones que podrían ser registradas como *Malestar* para detallar el momento en el que comenzó a realizar las tareas descritas no señalaremos el *Malestar* entendiéndolo como parte de la descripción de la pauta ejecutada.

Cliente: "*Fui con el niño y bien, me ponía un poco nerviosa pero me relajaba, empezaba a respirar…"* (Seguimiento de Instrucciones-Descripción de las pautas realizadas)

3.12.9 Ante las dificultades encontradas para diferenciar en una descripción sobre el Seguimiento de tareas que partes son *Proporcionar información*, proponemos separar las partes en las que el cliente describe las acciones que ha realizado (ayudarse por los verbos de la oración) como Seguimiento y la descripción de la situación que lo rodeaba como *Proporcionar información*.

- *"Digo ¿no habrá dicho que llegue el metro tan rápido? porque es que parece que es que…Pues yo estaba pensando vamos parece mentira, vamos lo que me dijiste parece que ha salido* (Proporcionar Información) *lo que pasa que luego sí de estación a estación esperando sí pero hasta que ha llegado…lo que era en el andén, en el andén esperando era lo que era lo peor "* (Seguimiento de Instrucciones)

3.12.10 Consideraremos como Instructoras dentro de sesión para el terapeuta y Seguimiento dentro de sesión para el cliente, las ocasiones en las que, aunque no esté grabado porque se realiza fuera del despacho, las pautas marcadas y realizadas han sido llevadas a cabo a lo largo de la sesión.

3.12.11 Como excepción a los criterios generales del registro señalamos que, en el caso concreto en el que la verbalización del terapeuta sea una discriminativa que le pregunte por la posibilidad de que realice o no alguna tarea (*¿Crees que podrás hacerlo?, ¿Lo harás?*), el hecho de que el cliente responda de manera positiva o acorde con las expectativas de realizar la tarea aunque no lo verbalice de manera explícita será registrado como Seguimiento de Instrucciones.

3.13. No seguimiento de instrucciones.

3.13.1 Dentro de sesión.

Ejemplo:
- Psicólogo: "*Ahora te voy a grabar y tú mientras vas hablando…*"
- Cliente: "*No, no, no quiero que me grabes mientras hablo…*"

3.13.2 Fuera de sesión:

- Anticipación del no seguimiento.
  Ejemplo:
  - Cliente: "*No quiero hacer esa tarea"*
- Descripción de la no realización de las instrucciones.
  - Cliente: "*Por ejemplo ayer dije voy a ir en el metro, y es como una lucha, no como una lucha si no como vaguería, esquivar algo que se me ha pasado por mi pensamiento pero que digo no… ¡buah, la anulo!, o sea como si no hubiera pasado por mi cabeza, como si me estuviera haciendo la tonta…"*

3.13.3 Dentro de esta categoría podemos tener dudas a la hora de fragmentarla con otras. Por ejemplo en la verbalización "*No quiero hacer esta tarea porque me voy a sentir fatal*" registraríamos No seguimiento de Instrucciones acompañado de *Malestar*. El acuerdo al que llegamos es mantener en todos los casos No seguimiento de instrucciones sin fragmentar a no ser que aparezca con contenidos de *Fracaso*, *Logro*, *Bienestar* o *Malestar* en cuyo caso sí fragmentaríamos.

3.13.4 Como excepción a los criterios generales del registro señalamos que, en el caso concreto en el que la verbalización del terapeuta sea una discriminativa que le pregunte por la posibilidad de que realice o no alguna tarea (*¿Crees que podrás hacerlo?, ¿Lo harás?*), el hecho de que el cliente responda de manera negativa o acorde con las expectativas de no realizar la tarea aunque no lo verbalice de manera explícita será registrado como No seguimiento de Instrucciones.

3.14. Verbalización de reacciones emocionales.

3.14.1 En los casos en los que la reacción emocional no sea claramente evidente decidimos no registrarla. Sabemos que esto conlleva el riesgo de que perdamos reacciones emocionales del cliente pero asumimos que esto puede ocurrir teniendo en cuenta sobre todo que no vemos la cara del cliente.

3.14.2 La decisión práctica para el registro es:

- Se registrara verbalización de reacción emocional cuando aparezca el llanto acompañado de alguna verbalización. En este caso se registraran al comienzo de la verbalización tanto esta categoría como la categoría oportuna según el contenido de la frase del cliente.
- Si la verbalización del cliente es cortada por un Otras del terapeuta o un Refuerzo conversacional no volverá a registrarse verbalización de reacción emocional después aunque el cliente siga con el llanto. En el caso que sea cortada por cualquier otra categoría sí se volverá a registrar esta Verbalización de reacción emocional.
- Si en alguna ocasión aparece el llanto sin verbalización se anotará en comentarios.

3.15. Otras:

3.15.1 Se acuerda crear una categoría *Otras* que recoja todas las verbalizaciones que no se incluyen en las demás categorías. Aunque en principio no se registrarán los bloques de verbalizaciones sobre temas no terapéuticos, si se diera alguna suelta y se cree oportuno registrarla, se registraría como *Otras*, al igual que en el caso del terapeuta.

3.15.2 Las cosas que no se entiendan no se registran, se supone que la categoría Otras es para lo que no entra en ninguna otra no para lo que no se oye por problemas de audio. Si esto sucede después de una discriminativa quitaremos también esta discriminativa.

3.15.3 En los casos en los que el terapeuta emita una verbalización del tipo "acércame los registros" y el cliente se los dé, la conducta del cliente se registraría como *Otras*. Sin embargo, en los casos en los que, sin que el terapeuta diga nada, el cliente le dé los registros o algo similar y el terapeuta diga *"qué bien, perfecto"*, en el caso del cliente no se registra nada porque no hace nada en respuesta al terapeuta, y en el caso del terapeuta se registraría la categoría *Función informativa*, no *Función de refuerzo* porque no refuerza una conducta verbal del cliente.

3.15.4 Se acuerda registrar la categoría *Otras* en el caso de verbalizaciones del cliente que no se entienden, bien porque el significado no se entiende o bien porque, según se inician son cortadas por el terapeuta, de manera que no da tiempo a que se pudieran entender.

3.15.5 En algunos casos puede resultar dudoso cuándo registrar o no registrar la categoría *Otras*, por ejemplo:

- Un caso en el que, además de una verbalización corta como *Mostrar aceptación*, se ve que la persona va a añadir algo pero es cortado por el terapeuta y no se sabe lo que iba a ser. En estos casos se señalaría primero *Mostrar aceptación* y después *Otras*.

  Ejemplo:

  - Psicólogo*:* (Función informativa)

- Cliente*: "Totalmente de acuerdo* (Mostrar aceptación) *pero…* (Otras)"
- *Cliente: "Sí* (Mostrar aceptación) *pero…* (Otras)"

- Cuando el cliente está emitiendo una verbalización larga, como *Proporcionar información*, y el terapeuta lo corta, muchas veces no se puede saber si después iba a emitir otro tipo de verbalización pero, puesto que no se puede saber, sólo se marcaría *Proporcionar información*, no *Proporcionar información + Otras*.

  Ejemplo:

  - Psicólogo*:* (Función de preparación informativa)
  - Cliente*: "Yo lo que hice en esa situación fue intentar pasar inadvertida porque…"* (Proporcionar información)

3.15.7 En las ocasiones en las que registremos un *Otras* en el terapeuta porque dice algo que consideramos extra-terapéutico, las respuestas del cliente a estas verbalizaciones serán registradas también como Otras.