

Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico

Elena M. Ruiz-Sancho*, María X. Froján-Parga y Ana Calero-Elvira

Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid

Resumen: En el presente trabajo llevamos a cabo un análisis del cliente centrándonos en la actividad principal que se desempeña en sesión: hablar. Utilizando metodología observacional realizamos un estudio topográfico de la conducta verbal de los clientes a través del desarrollo de un instrumento de medida generado por el grupo de investigación: el *Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Cliente* (SISC- CVC). Se observaron y registraron 92 sesiones terapéuticas procedentes de 19 casos tratados por 9 terapeutas distintos. Los resultados muestran que, en líneas generales, el cliente principalmente ofrece información descriptiva relevante para la terapia, muestra su aceptación y entendimiento ante verbalizaciones del terapeuta cuya finalidad sea informar, motivar o instruir y expresa en mucha mayor medida contenidos relacionados con el cambio clínico frente a contenidos alejados de los objetivos perseguidos. Podemos concluir, además, que la conducta verbal de los clientes varía en función de la actividad terapéutica que se esté llevando a cabo y es independiente de la problemática tratada, las características personales del cliente o el estilo terapéutico del clínico.

Palabras clave: Conducta verbal; contexto clínico; metodología observacional; investigación de procesos; cliente.

Title: Analysis of the client's verbal behavior during the therapeutic process.

Abstract: In this paper we conduct an analysis of the client behavior focusing on the main activity that is performed in session: talking. Using observational methodology we performed a topographical study of clients' verbal behavior through the development of a measuring instrument by our research group: *Categorization system of the interaction of client's verbal behavior during the session* (SISC- CVC). 92 clinical sessions from 19 cases treated by 9 therapists were observed and recorded. The results show that, in general, the client mainly provides descriptive information relevant to therapy, shows acceptance and understanding to the therapist's verbalizations aiming to inform, motivate or instruct, and expresses more frequently contents related to clinical change compared to contents opposed to the objectives pursued. We can also conclude that the clients' verbal behavior varies depending on the therapeutic activity that is taking place and is independent of the problems treated, the personal characteristics of the client or the clinician's therapeutic style.

Key words: Verbal behaviour; clinical setting; observational methodology; processes research; client.

Introducción

El cambio psicológico constituye un proceso complejo en el cual interactúan una gran diversidad de factores (Garfield, 1990; Kazdin, 2009; Santibañez et al., 2008). A lo largo de las últimas décadas de investigación en psicoterapia se han realizado numerosos trabajos orientados al esclarecimiento del cambio terapéutico y muchos de ellos se han centrado en el estudio de alguno de los protagonistas de la terapia. La tendencia habitual de dichos trabajos ha sido establecer como objeto de estudio factores generales del terapeuta y del cliente: sus características sociodemográficas o de personalidad, variables relacionadas con la gravedad y/o el tipo de problemática del cliente o variables relacionadas con el estilo terapéutico del psicólogo son algunos ejemplos (Bergin y Garfield, 1971,1994; Beutler et al., 2004; Clarkin y Levy, 2004; Garfield, 1986; Romero, 2008). En líneas generales podemos afirmar que este tipo de trabajos, que han puesto en relación dichos factores con el éxito o el fracaso terapéutico o han pretendido detectar la combinación perfecta entre las variables del terapeuta y las del cliente, han presentado resultados poco generalizables y conclusiones de escasa relevancia (Corbella y Botella, 2004). Desde nuestro punto de vista, y desde el de otros muchos autores (Beutler et al., 2004; Blatt, Zuroff, Hawley y Auerbach, 2010), esto ha puesto de relieve dos aspectos principales que deberían orientar la investigación en psicoterapia actual: en primer lugar, la necesidad de redirigir nuestra atención hacia otro tipo de variables, aleja-

das de aspectos generales y estáticos del terapeuta y del cliente, y centradas en la ejecución y la actividad que estén desempeñando en sesión; y, por otro lado, la conveniencia de realizar estudios de la interacción en terapia en lugar de analizar de manera independiente la contribución aislada de terapeutas y clientes en relación al cambio clínico. Tal y como señala Roussos (2001), 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 ellos al proceso psicoterapéutico.

Centrándonos en el análisis de las variables del cliente podemos observar que el estudio de las mismas se ha configurado como un intento más por parte de muchos autores (Clarkin y Levy, 2004) 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 (Bohart, 2000; Luborsky, Mintz y Christoph, 1979). El número de variables que se han puesto en juego considerando que podían informar sobre el cambio y el resultado en psicoterapia ha sido prácticamente ilimitado; aunque, tal y como señalábamos anteriormente, recientes investigaciones han mostrado que el estudio independiente de dichas variables no aporta mucho al esclarecimiento de los procesos responsables del cambio en terapia (Clarkin y Levy, 2004; Corbella y Botella, 2004; Garfield, 1994). Autores como Okiishi et al., (2006), o ya Truax y Mitchell en 1971, ponían de relieve las enormes dificultades a la hora de generalizar los diferentes hallazgos obtenidos en el estudio del cliente. Las revisiones presentan resultados inconsistentes caracterizados por la atención a 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. Pa-

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:

Elena María Ruiz Sancho. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Laboratorio 6. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. Ciudad Universitaria de Cantoblanco. 28049. Madrid (España).
E-mail: elena.ruiz.sancho@uam.es

radóticamente, agrupando algunos de los factores que han encontrado moderada significación en relación al cambio clínico, 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 marcara. 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, contradictoriamente, los clientes que más necesitaban el cambio eran los menos capacitados para conseguirlo.

Nuestro trabajo se dirige desde hace varios años al esclarecimiento de lo que sucede en sesión. En relación a la relevancia de estudiar lo que terapeuta y cliente hacen y no tanto como son pretendemos llevar a cabo un análisis de la conducta verbal en terapia. Paradóticamente, aunque todos estamos de acuerdo en que hablar es la conducta más común en terapia, pocas veces se ha realizado un estudio del lenguaje como *conducta verbal* (Pérez, 1996; 2004), y de lo que se dice en la terapia como una conducta objeto directo de análisis. En este sentido estamos de acuerdo con la línea emprendida por la Psicoterapia Analítico Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991/2007) que considera el comportamiento del cliente en sesión como *conductas clínicamente relevantes* susceptibles de ser evocadas y moldeadas por el psicólogo en el contexto clínico, atendiendo a una serie de reglas terapéuticas fundamentales. Respecto a la importancia de estudiar la interacción terapéutica, hemos de señalar que no es un tema precisamente novedoso en el panorama de la investigación en psicoterapia. Son muchos los trabajos que a lo largo de las últimas décadas se han encargado de mostrar que la consecución de una interacción positiva en el contexto clínico se ha revelado como un fuerte predictor del cambio en sesión (Andrews, 2000; Corbella y Botella, 2003; Lambert, 1992; Orlinsky, Grawe y Parks, 1994). Pero, a pesar de que factores pertenecientes a la relación terapéutica hayan encontrado tanto reconocimiento, no hay certeza de la naturaleza de dichos 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). En ese sentido nuestra aproximación al estudio de la relación terapéutica también se ve estrechamente vinculado al posicionamiento de Tsai et al., (2009), dirigiendo nuestro trabajo hacia al análisis de la función real de dicha interacción y no tanto a su apariencia.

En definitiva, pretendemos llevar a cabo un análisis topográfico de la interacción verbal entre terapeuta y cliente en sesión. La intención última de nuestro trabajo es acercarnos lo más posible al análisis funcional de la conducta verbal emitida en sesión. Sabemos que no podemos asegurar el valor funcional de las morfologías estudiadas en una investigación como la que aquí se presenta. Ello se debe a que no es

posible aislar el efecto de las 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 el análisis topográfico de los contenidos de los clientes en sesión nos va a permitir dar un paso más en el estudio momento a momento de la interacción terapéutica. Cabe señalar en este punto que a la hora de estudiar cualquier intercambio verbal hay que tomar diferentes decisiones, una de las más relevantes es dónde comenzar el análisis de la interrelación continua que caracteriza cualquier diálogo. En todas las ocasiones en las que dos personas hablan lo que dice la primera influye sobre lo que responde la segunda y a su vez, las respuestas de esta última repercuten sobre el emisor inicial. En nuestro caso hemos decidido detener este continuo e iniciar el análisis en la conducta verbal del clínico, teniendo en cuenta que el terapeuta de conducta es directivo y que es la funcionalidad de sus comportamientos la que queremos demostrar. Por lo que se refiere a los avances realizados hasta el momento, hemos desarrollado un sistema de categorización de las posibles funciones de la conducta verbal del terapeuta (*Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta*, SISC-CVT) que ha resultado eficaz para clasificar dichos comportamientos, con un nivel de precisión de los observadores de entre un 87% y un 93% (Froján, Montaña, Calero y Ruiz, 2011; Froján, Ruiz, Montaña, Calero y Alpañés, 2011; Montaña, 2008; Ruiz, 2011). 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 et al., 2011; Montaña, 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 objetivo o *actividad clínicamente relevante (ACR)* que se está llevando a cabo en sesión (evaluar, explicar, tratar o consolidar los cambios). Dichas *actividades* quedaron avaladas, además de por su importante significación psicológica, por la significación estadística que aporta la realización de un análisis discriminante. El modelo generado se asoció a altos porcentajes de éxito en las pruebas de clasificación y validación cruzada (Montaña 2008). Estos resultados podrían 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. Pero para poder dar un paso más en esta dirección es interesante realizar el estudio que exponemos en el presente trabajo, que consiste en el análisis de la conducta verbal de los clientes para su posterior incorporación al estudio global del proceso terapéutico que perseguimos. 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.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la aproximación al estudio del cliente que presentamos se aleja de la observación de variables personales del mismo y se centra en su conducta en sesión. En ese sentido vamos a llevar a cabo un estudio descriptivo de las respuestas de los clientes a través del desarrollo de un instrumento de medida generado por el grupo de investigación: el *Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Cliente* (SISC- CVC), formado por 14 categorías supraordenadas que han sido distribuidas en tres grupos, atendiendo a nuestro conocimiento clínico, de la siguiente manera:

- Verbalizaciones *pro-terapéuticas*: verbalizaciones relacionadas positivamente con el cambio clínico (*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*).
- Verbalizaciones *anti-terapéuticas*: verbalizaciones relacionadas negativamente con el cambio clínico (*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*).
- 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 *Mostrar desacuerdo* como verbalizaciones neutras; aunque posteriormente 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.

Nuestro interés es comprobar la evolución de estos tres grupos de verbalizaciones en función de la *ACR* desarrollada por el psicólogo (evaluar, explicar, tratar y consolidar). Cabe señalar en este punto que esta manera de abordar el estudio del proceso terapéutico se basa en una distribución del mismo fundamentada en el quehacer del clínico y que esta conceptualización, a su vez, presenta cierto orden cronológico en la estructura de las sesiones. 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 *ACR* 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 ins-*

trucciones 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 momentos en los que el terapeuta esté *tratando*.

Método

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 se llevó a cabo con población adulta y tratamiento 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. Las características de los casos, sesiones, clientes y terapeutas elegidos para la realización del presente estudio se detallan en la Tabla 1.

Tabla 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

Variables e instrumentos

La variable de estudio fue la conducta verbal del cliente especificada en catorce categorías cuantitativas supraordenadas correspondientes a aquellas definidas y operativizadas en el *Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Cliente* (SISC- CVC). 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. El sistema citado fue depurado por dos observadores independientes expertos en terapia de conducta a partir de un instrumento de categorización desarrollado previamente por el grupo de investigación (Calero, 2009; Froján, Calero, Montaña, 2009; Froján Vargas, Calero y Ruiz, 2010). Previamente se habían revisado muchos de los sistemas de categorización llevados a cabo en las últimas décadas de investigación en psicoterapia; dichos sistemas no eran de utilidad o bien porque su diseño se ceñía a enfoques psicoterapéuticos concretos o porque la codificación que planteaban no era apropiada para la aproximación funcional que pretendemos llevar a cabo. Aunque por razones de espacio no es posible incluir aquí todos los criterios de categorización que con-

forman el SISC-CVC, en la Tabla 2 se presenta la definición general de cada una de las categorías incluidas en dicho sistema de codificación.

Teniendo en cuenta los trabajos previos realizados sobre la conducta verbal de los terapeutas (Froján et al., 2011; Montaña, 2008; Ruiz, 2011), decidimos estudiar el desarrollo de las respuestas del cliente en función de las *actividades clínicamente relevantes* del psicólogo. De esta manera, las cuatro categorías nominales que constituyeron la variable de agrupación fueron las siguientes:

- Grupo de evaluación:* sesiones en las que el terapeuta principalmente examina la problemática del cliente sobre todo en los momentos iniciales de la intervención.
- 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.

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

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

- 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.

Por lo que se refiere a los 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 al formato *mpeg-2*, requerido para el software utilizado en la categorización. Para la codificación de las verbalizaciones de los terapeutas se utilizó el *Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Cliente* (SISC-CVC), realizándose los registros de las sesiones con la ayuda del programa *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 programa *SPSS 17.0*.

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 el terapeuta y el cliente accedieran a que las sesiones fueran observadas. A partir de ese momento, todas las sesiones del caso eran, en principio, grabadas, si bien algunas de ellas se perdieron debido a problemas técnicos. El proceso de selección de las sesiones a observar consistió en la elección completamente al azar de sesiones pertenecientes a las *ACR*. La selección de las sesiones, la observación y el registro de las mismas fue llevada a cabo por un observador experto en el uso y aplicación del SISC-CVC mediante el programa informático *The Observer XT 6.0*. Con el fin de garantizar un adecuado grado de acuerdo intra e interobservadores en el procedimiento 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 otro observador entrenado en el manejo de los diferentes instrumentos. Este análisis mostró índices de acuerdo kappa de Cohen comprendidos entre .60 y .90. Dichos coeficientes reflejan un grado de acuerdo entre “bueno” y “excelente” (Bakeman, 2000; Landis y Koch, 1977) y se asocian a un valor de precisión teórica de los observadores comprendido entre un 80% y un 93% (Bakeman, Quera,

McArthur and Robinson, 1997) teniendo en cuenta las características del instrumento de registro.

Una vez obtenidos los datos se procedió a un primer análisis descriptivo de los mismos atendiendo al porcentaje de ocurrencia de cada una de las variables sobre el total de las categorías registradas. Posteriormente, teniendo en cuenta que muchas de nuestras variables no cumplían 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 variables se utilizó la prueba *H* de Kruskal-Wallis tomando como variable de agrupación las *actividades clínicamente relevantes*. En función de los resultados obtenidos, para realizar las

comparaciones *post hoc* entre cada par de *actividades* 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 tasa de error.

Resultados

Análisis descriptivo

En la Tabla 3 se pueden observar los estadísticos descriptivos para cada una de las variables estudiadas en las cuatro *actividades clínicamente relevantes* desarrolladas por los terapeutas.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos para las variables de la conducta verbal del cliente medidas en porcentaje de ocurrencia 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	70.47	7.10	46.22	10.28	56.67	9.13	58.75	11.31
Solicitar información	2.38	2.47	4.13	3.35	2.77	1.94	2.05	2.07
Mostrar aceptación	14.00	4.08	30.58	9.14	21.11	5.94	18.54	5.06
Mostrar desacuerdo	0.54	0.62	1.34	1.26	1.02	1.15	1.06	1.02
Malestar	4.82	2.89	3.86	2.84	4.92	3.82	5.35	4.04
Bienestar	1.01	1.18	1.97	2.28	1.11	1.10	3.00	2.12
Logro	0.73	1.43	2.37	3.46	1.82	3.23	4.90	4.41
Fracaso	0.19	0.48	0.35	0.62	0.57	0.68	0.72	0.90
Seguimiento de instrucciones dentro de sesión	2.40	7.15	3.53	9.28	3.69	9.98	0.14	0.38
Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión	0.75	1.03	2.60	2.33	2.00	1.59	1.55	1.62
Descripción del seguimiento de instrucciones fuera de sesión	1.13	1.26	1.84	2.38	2.49	2.33	2.97	2.66
No seguimiento de instrucciones dentro de sesión	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	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	0.14	0.24	0.22	0.67	0.56	0.79	0.36	0.63
Verbalización de reacción emocional	0.17	0.44	0.25	0.55	0.03	0.10	0.04	0.18
Otras cliente	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

Tal y como se refleja en la misma, las categorías *proporcionar información* y *mostrar 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, mientras que en el **grupo de explicación** podemos observar cómo el promedio de estas dos variables se aproxima. 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 relaciona-

das 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 instrucciones fuera de sesión* y muestra en mayor medida su *malestar*, *bienestar*, *logro* y/o *fracaso*.

A través de los resultados representados en la Figura 1 podemos describir con más detalle la variación en los promedios de las categorías *pro* y *anti-terapéuticas*. Como vemos para las categorías pro-terapéuticas, 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 fuera de sesión*, 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 fuera de sesión aparece sobre todo en relación a las explicaciones del terapeuta sobre el análisis funcional y la propuesta de tratamiento y sus porcentajes van 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*, 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 en las que el terapeuta *trata*. 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. Estas dos últimas variables presentan resultados que a primera vista pueden parecer paradójicos y que explicaremos con detalle más adelante.

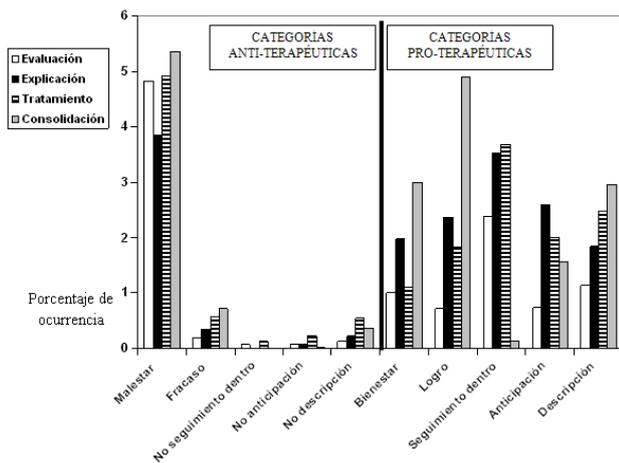


Figura 1. Porcentaje medio de ocurrencia de las categorías *anti-terapéuticas* y *pro-terapéuticas* sobre el total de categorías en cada uno de los grupos.

Análisis de las diferencias entre las variables

Los resultados obtenidos con la prueba *H* de Kruskal-Wallis para las variables consideradas se presentan en la tabla 4, mientras que los resultados de la prueba *U* de Mann-Whitney (en su valor tipificado) para todas las comparaciones entre grupos se recogen en la Tabla 4.

Tabla 4. Estadístico de contraste y nivel crítico para cada variable del cliente aplicando la prueba *H* de Kruskal-Wallis.

Variables de la conducta verbal del cliente	Prueba de Kruskal-Wallis	
	$X^2_{3^a}$	<i>p</i>
Proporcionar información	40.03	.000**
Solicitar información	7.54	.056
Mostrar aceptación	43.12	.000**
Mostrar desacuerdo	4.54	.209
Malestar	2.13	.547
Bienestar	14.25	.003**
Logro	17.65	.001**
Fracaso	8.06	.045*
Seguimiento de instrucciones dentro de sesión	6.48	.091
Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión	14.52	.002**
Descripción del seguimiento de instrucciones fuera de sesión	7.72	.052
No seguimiento de instrucciones dentro de sesión	7.97	.047*
Anticipación del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión	2.67	.445
Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión	8.64	.034*
Verbalización de reacción emocional	5.58	.134
Otras cliente	2.243	.524

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

* Significativo tomando en consideración $\alpha = .05$ / ** Significativo tomando en consideración $\alpha = .01$.

Como se muestra en la tabla 4 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 5, 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*. Si retomamos los datos de la Tabla 3 podemos observar en que *ACR* tienen más importancia las categorías que presentan diferencias significativas: la categoría *proporcionar información* cobra más 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 *ex-*

plica, 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 5. 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.	
	\tilde{z}	p	\tilde{z}	p	\tilde{z}	p	\tilde{z}	p	\tilde{z}	p	\tilde{z}	p
Proporcionar información	-5.11	.000*	-4.66	.000*	-3.23	.001*	-3.67	.000*	-3.29	.001*	-0.73	.464
Mostrar aceptación	-5.09	.000*	-3.74	.000*	-2.50	.012	-4.25	.000*	-4.61	.000*	-1.44	.151
Bienestar	-1.59	.113	-0.37	.712	-3.04	.000*	-1.33	0,84	-2.01	.045	-3.36	.001*
Logro	-2.66	.008*	-1.74	.082	-3.67	.000*	-1.29	.198	-2.08	.037	-2.81	.005*
Fracaso	-1.24	.216	-2.19	.028	-2.49	.013	-1.38	.166	-1.64	.102	-0.48	.634
Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión	-3.35	.001*	-3.22	.001*	-1.78	.074	-0.72	.472	-1.69	.091	-1.39	.165
No seguimiento de instrucciones dentro de sesión	-1.21	.225	-0.97	.330	-1.08	.278	-2.12	.034	-0.00	1.000	-1.90	.057
Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión	-1.10	.270	-1.92	.055	-0.586	.558	-2.63	.008*	-1.63	.103	-1.10	.271

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

Significativo tomando en consideración $\alpha = .0083$.

Discusión

En el presente trabajo, mediante el 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 las hipótesis iniciales formuladas 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 fuera de sesión* 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*, podemos apuntar que los contenidos que el cliente expresa en sesión relacionados positivamente con el cambio clínico deseado van aumentando progresivamente. 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 tanto, proporcionando una ocasión única para el reforzamiento de tales verbalizaciones, que aumentarán la probabilidad de que discriminen conductas más adaptativas en el futuro. Esto es, esas explicaciones se podr-

ían considerar una 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 atendiendo a la correspondencia *decir-hacer-decir* (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Teniendo en cuenta este valor referencial del lenguaje se ha llegado a afirmar que podría resultar más fácil cambiar el comportamiento humano moldeando *lo que se dice sobre lo que se hace* que moldeando directamente *lo que se hace* (Catania, 1998). En ese sentido, encontramos también la explicación al hecho de que la categoría *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 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* encontramos 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, 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 mantener los cambios obtenidos una vez finalizada la intervención. La dependencia que en ocasiones se genera hacia la terapia 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 intervención.

La última hipótesis planteada se relacionaba con el bloque de verbalizaciones *neutras*, para las que proponíamos diferencias en función de la *ACR* 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 *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 trabajo 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. Es decir, independientemente de que los clientes aceptaran o no algunas de las explicaciones del psicólogo, estas verbalizaciones no se presentan 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 presenta en 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 verbalizaciones del terapeuta cuya finalidad sea informar, motivar o instruir 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 *tratamiento-evaluación*, donde también resultan estadísticamente significativas las verbalizaciones relacionadas con *mostrar 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 *muestra 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 *explicación* – *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 complejas para los clientes que las que se pautaran al principio de la intervención con el objetivo de recoger información. Finalmente, mediante la comparación realizada entre momentos de *tratamiento* y momentos de *consolidación* podemos observar 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 se refiere al instrumento de codificación este 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 elicitados que se pueden dar en terapia. Indudablemente, si queremos profundizar en el estudio de los procesos de condicionamiento clásico que hipotizamos 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 trabajo, estudiar la interacción en la clínica conlleva tomar una decisión sobre en cuál de los dos protagonistas iniciar el análisis de la interrelación continua que se presenta en cualquier conversación; 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. De esta manera, esta primera aproximación al estudio del cliente nos invita a continuar con esta línea de investigación y con la metodología propuesta, habiendo superado, desde nuestro punto de vista, alguno de los problemas que se han planteado en la investigación de procesos a través del análisis momento a momento de lo que ocurre en sesión. Este tipo de planteamientos requiere de más investigación (Ackerman y Hilsenroth, 2003; Castonguay y Beutler, 2006); concretamente en la actualidad existe un interés específico 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). Continuar con esa línea es nuestro objetivo, en trabajos posteriores podremos aunar los estudios llevados a cabo hasta el momento y realizar el estudio de la interacción verbal en terapia, lo que esperamos que nos permita un acercamiento al conocimiento de las claves del cambio en sesión y, por lo tanto, nos ayude a mejorar la calidad de la asistencia ofrecida a aquellas personas que solicitan tratamiento psicológico.

Agradecimientos.- Parte de este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación en el marco del Plan Nacional

de I+D+I 2004-2007 (Proyecto SEJ2007_66537_PSIC) y 2008-2011 (Proyecto PSI2010-15908).

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.
- 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.
- 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., Quera, V., McArthur, D. y Robinson, B. F. (1997). Detecting sequential patterns and determining their reliability with fallible observers. *Psychological Methods*, 2, 357-370.
- Bergin A. E. y Garfield S. L. (1971). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley.
- Bergin A. E. y Garfield S. L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4ª ed.). 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.
- 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.
- Bohart, A. C. (2000). The Client Is the Most Important Factor: Clients' Self-Healing Capacities and Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 127- 149.
- Calero Elvira, A. (2009). *Análisis de la interacción entre terapeuta y cliente durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva* (Tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- 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 (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 353- 369). Nueva York: Oxford University Press.
- Catania, A. C. (1998). The taxonomy of verbal behaviour. En K. A. Lattal y M. Perone (Eds.), *Handbook of research methods in human operant behavior* (pp. 405-433). Nueva York: Plenum Press.
- 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.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid: Vision Net.
- Follette, W. C., Naugle, A. E. y Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioural understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior therapy*, 27, 623-641.
- Froján, M. X., Calero, A. y Montaña, M. (2009). Analysis of therapist's verbal behavior during dispute in cognitive restructuring. A case study. *Psychotherapy Research*, 19, 30-41.
- Froján, M. X., Montaña, M., Calero, A., García, A., Garzón, A y Ruiz, E. M. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicobema*, 20, 603-609.
- Froján, M. X., Montaña, M., Calero, A. y Ruiz, E. (2011). Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico. *Clínica y Salud*, 22(1), 69-85.
- Froján, M. X., Ruiz, E., Montaña, M., Calero, A. y Alpañés, M. (2011). Estudio comparativo de la conducta verbal del terapeuta según su experiencia durante la evaluación clínica. *Anales de psicología*, 27(2), 311-318.
- Froján, M. X., Vargas, I., Calero, A. y Ruiz, E. (2010). Propuesta de categorización de la conducta verbal del cliente durante la aplicación de la reestructuración cognitiva. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36 (153-154), 105-113.
- 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 (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4ª ed.) (pp. 190- 229). Nueva York: Wiley.
- 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.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 418-428.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationship* [Psicoterapia analítica funcional: creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas]. Nueva York: Plenum.
- 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.
- Landis, J. R. y Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Luborsky, L., Mintz, J. y Chirstoph, P. (1979). Are Psychotherapeutic Changes Predictable? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(3), 469- 473.
- Montaña 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.
- 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.
- 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.
- O'Malley, S. S., Suh, C. S. y Strupp, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 581- 586.
- Pérez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitat.
- Pérez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Romero Moreno, A. F. (2008). Factores atribucionales de la efectividad psicoterapéutica. *Anales de Psicología*, 24(1), 88-99.
- 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.
- 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 doctoral no publicada). Universidad de Belgrano, Argentina.
- Ruiz Sancho, E. (2011). *Una aproximación funcional al estudio de la interacción verbal en terapia* (Tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- 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.
- 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.
- 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 (Eds.), *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.
- Waddington, L. (2002). The therapy relationship in cognitive therapy: A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 179- 191.

(Artículo recibido: 8-9-2011; revisado: 1-7-2012; aceptado: 22-10-2012)