

¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar

María Xesús Froján Parga, Montserrat Montaña Fidalgo y Ana Calero Elvira
Universidad Autónoma de Madrid

El presente trabajo representa el inicio de una nueva forma de estudiar los procesos que potencialmente explican el cambio terapéutico. La metodología de trabajo empleada es la observación y análisis de sesiones terapéuticas grabadas directamente y desarrolladas dentro de un enfoque conductual de intervención. El sistema de categorías elaborado busca la codificación de la conducta del psicólogo atendiendo a su funcionalidad y no a su topografía. Con ello se pretende llevar a cabo un análisis funcional de la interacción terapeuta-cliente que permita identificar los procesos de aprendizaje que operan en la clínica y que subyacen al éxito en terapia. Los resultados y conclusiones del estudio, aunque provisionales, dejan entrever las importantes implicaciones que el desarrollo de esta línea de trabajo puede tener para la comprensión del fenómeno clínico y ponen de manifiesto la relevancia de los procesos de aprendizaje asociativo en el cambio terapéutico.

Why do people change in therapy? A preliminary study. This work represents the beginning of a new way to study the processes that can explain the therapeutic change. The method used is the observation and analysis of therapeutic sessions directly recorded and developed inside a behavioural approach. The category system tries to carry out a functional analysis of the therapist-client interaction which enables the identification of learning processes that work in clinical setting and explain success in therapy. Outcomes are provisional but show the utility of this initial trend of investigation to the comprehension of clinical phenomenon. Conclusions also emphasize the importance of associative learning processes on the therapeutic change.

Analizar la situación actual de la psicología clínica supone darse cuenta de la enorme complejidad y pluralidad que la caracterizan. Ante esta situación, algunos estudios, entre los que cabe destacar por su impacto el publicado por Seligman en 1995, han defendido la equivalencia entre todas las psicoterapias en lo que a efectividad se refiere. Al margen de lo acertada o no que pueda resultar esta conclusión, lo que sí parece claro es que una gran cantidad de las personas que solicitan ayuda terapéutica mejoran notablemente. Frente a esta realidad, son muchos los interrogantes que se plantean, pero, de entre todos, hay uno que nos llama especialmente la atención: ¿qué hace que las terapias psicológicas funcionen?, es decir, ¿qué procesos subyacen a la intervención psicológica?, en definitiva, ¿por qué la gente cambia en terapia?

Cuando se pretende estudiar cómo a lo largo de la historia de la psicología clínica científica se ha tratado de abordar esta cuestión, nos damos cuenta de que el análisis de los procesos de cambio ha ocupado un plano secundario frente a la investigación de resultados (Goldfried y Castonguay, 1993), la cual se ha visto potenciada en los últimos años por la evaluación rigurosa de los distintos tratamientos para determinar empíricamente su eficacia (Chambless et al., 1996; Chambless et al., 1998; Pérez-Álvarez, Fernández-Hermida, Fernández-Rodríguez y Amigo, 2003; Task Force

on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995). Sin embargo, aunque consideramos fundamental para el progreso de la psicoterapia conocer qué funciona, con quién y bajo qué circunstancias, creemos que resulta imprescindible identificar los procesos que explican el cambio terapéutico con el objeto de comprender el fenómeno clínico en toda su profundidad y desarrollar formas de intervención más eficientes.

Este planteamiento ha sido compartido, en los últimos años, por diversos autores y grupos de trabajo del panorama científico nacional e internacional. Así, el grupo de Isabel Caro, de la Universidad de Valencia, o el del profesor Lluís Botella, de la Universidad Ramón Llull de Barcelona, representan las principales líneas de investigación sobre procesos terapéuticos en nuestro país. Fuera de nuestras fronteras, Beutler, Elliott, Goldfried, Grawe, Greenberg, Luborsky, Rice, Shapiro, Smith o Stiles son algunos de los principales nombres asociados a este campo de estudio. Las propuestas de todos ellos, aunque de indudable interés en el área, presentan algunas particularidades que las alejan, al menos en parte, de la línea de investigación iniciada por las autoras del presente trabajo. En concreto, la atención prestada a la identificación de los factores comunes a los distintos enfoques terapéuticos, el énfasis en el estudio de la alianza terapéutica como principal promotor del cambio en la clínica o el interés por identificar variables predictoras del éxito en terapia desde planteamientos integracionistas y/o constructivistas, sin dejar de tener una gran relevancia, se distancian de lo que creemos ha de ser la nueva dirección que ha de tomar la investigación de procesos en psicología clínica. Desde nuestro punto de vista, hace falta un estudio detallado, momento a momento, de lo que sucede en sesión, un análisis funcio-

nal de la interacción terapeuta-cliente, con el fin de identificar los procesos de aprendizaje que se ponen en marcha en la clínica para lograr el cambio conductual deseado en la persona que solicita ayuda. En este sentido, coincidimos con la llamada *Psicoterapia Analítico Funcional* en la idea de que gran parte de la conducta del cliente es moldeada y mantenida por procesos de reforzamiento que se dan continuamente en la clínica y que ocurren naturalmente en sesión. Como ellos, también nosotros consideramos que tanto terapeuta como cliente, al margen del enfoque psicoterapéutico que se esté manejando, moldean inevitablemente el comportamiento del otro (Kohlenberg, Kanter, Bolling, Wexner, Parker y Tsai, 2004). De esta perspectiva, la relación terapéutica se constituiría en un contexto de interacción social capaz de evocar y modificar la conducta del cliente en la propia situación clínica (Follete, Naugle y Callaghan, 1996).

Obviamente, tratar de analizar los procesos de cambio implicados en las intervenciones psicoterapéuticas de cualquier orientación resulta, a pesar de ser un objetivo sumamente deseable, un trabajo que, por su magnitud, excede a los propósitos de este estudio preliminar. Así, hemos centrado nuestra investigación en el denominado *modelo cognitivo-conductual* por varias razones. En primer lugar, porque la mayoría de los clínicos se califican a sí mismos como terapeutas cognitivo-conductuales (Elliot, Miltenberg, Kaster-Bungaard y Lumey, 1996; Santolaya, Berdullas y Fernández, 2002). En segundo lugar, porque este enfoque ha demostrado empíricamente su eficacia en el tratamiento de un importante número de trastornos (Del Pino, Gaos, Dorta y García, 2004; Orgilés, Méndez y Espada, 2005; Pérez-Álvarez et al., 2003). Y en tercer lugar, porque sus propias características (altos niveles de operativización y especificidad, énfasis en la evaluación de los resultados, etc.) facilitan el estudio riguroso y sistemático del proceso terapéutico.

En definitiva, nuestra propuesta pretende ser un paso más en el avance hacia una psicología científica que guíe la práctica clínica, hacia el retorno a la íntima conexión entre investigación y psicología aplicada que se perdió en los años ochenta y que debe seguir constituyendo la esencia de la psicología científica y experimental. Esperamos que nuestra línea de trabajo no sólo ayude al afianzamiento de una base teórica sólida necesaria para la evolución de la psicología clínica (Vila, 1997), sino que además colabore en la reducción de la distancia que separa investigación y práctica clínica, uno de los retos actuales de esta disciplina (Gavino, 2004; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

Método

Participantes

Se analizaron 23 sesiones clínicas de aproximadamente una hora de duración correspondientes a cuatro procesos terapéuticos diferentes. En todos los casos se contó con el consentimiento expreso de los clientes para la grabación y observación de las sesiones, respetándose así el Código Deontológico del Psicólogo (artículos 40 y 41) en lo que a la obtención y uso de información se refiere.

En los cuatro casos observados se trabajó con población adulta, siendo los demandantes de ayuda psicológica un hombre, dos mujeres y una pareja. Una de las intervenciones fue abandonada voluntariamente por la cliente y, respecto a las restantes, una aún continúa desarrollándose en la actualidad y las otras dos finalizaron con un éxito sobresaliente. Todos los casos fueron tratados por

una misma terapeuta conductual con más de quince años de experiencia profesional en la clínica privada.

Variables e instrumentos

Tras varias aproximaciones se elaboró un sistema de categorías que permitiría analizar las grabaciones observadas. Dicho sistema, aún sin validar, se basó en la descripción funcional del comportamiento del terapeuta en interacción con el cliente, es decir, el análisis funcional del proceso terapéutico se realizó considerando al clínico como emisor del comportamiento a estudiar, comportamiento éste cuyos efectos se podrían apreciar observando las reacciones conductuales del cliente.

Éstas son las categorías consideradas, tal y como fueron definidas en el estudio, se presentan en la tabla 1.

Procedimiento

En esta primera aproximación a la elaboración definitiva de un sistema de categorías que permita el estudio del proceso terapéutico se trabajó del siguiente modo.

Para la obtención de la muestra se contó con la colaboración de una psicóloga clínica de reconocido prestigio cuyo ejercicio profesional podía enmarcarse dentro del ámbito de la terapia de conducta. Puesto que la clínica privada en la que trabajaba contaba con las condiciones tecnológicas necesarias para grabar las sesiones de terapia, el personal del centro se comprometió a facilitar a las investigadoras las cintas con las grabaciones de todas las sesiones de aquellos casos en los que los clientes dieran su consentimiento explícito para participar en el estudio.

Tabla 1
Sistema de categorías

Función	Definición
Discriminativa	Emisión del terapeuta que da pie a una conducta del cliente que va seguida de reforzamiento o castigo (Ejemplo: petición de información, incitación a hablar sobre una determinada cuestión, pedir que haga un ejercicio de respiración, etc.)
Evocadora	Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o no (Ejemplo: llanto, risa, «me estoy poniendo nervioso», etc.)
De refuerzo	Conducta del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo o aceptación de la conducta emitida por el cliente. En un nivel de análisis diferente se considera función de refuerzo la verbalización del terapeuta que sigue a cada verbalización del cliente pues aumenta la probabilidad de que éste continúe hablando
De castigo	Conducta del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo o no aceptación de la conducta emitida por el cliente
Instruccional	Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta futura del cliente fuera del contexto clínico. No se han de mencionar las consecuencias explícitamente
Motivacional	Verbalizaciones del terapeuta en las que se hace referencia al carácter reforzante del reforzador, con o sin alusión explícita a la conducta a emitir para lograrlo (Ejemplo: destacar lo bien que se sentirá el cliente si practica la relajación con frecuencia)
Informativa	Verbalización del terapeuta con el objetivo de transmitir un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta

A medida que iban obteniéndose las grabaciones, tres jueces expertos en modificación de conducta comenzaron a realizar una observación informal de las mismas a partir de la cual se generó un primer listado de categorías con el que se pretendía codificar el comportamiento del terapeuta con base en su funcionalidad. Ante los problemas que este sistema de categorización presentaba (definiciones ambiguas y uso laxo de los términos técnicos propios de la psicología del aprendizaje), se decidió definir un nuevo sistema de codificación en el que las categorías de observación se centrasen en aspectos topográficos más que funcionales de la conducta. El manejo de este sistema de categorías, aunque facilitaba el acuerdo entre los observadores, pronto mostró su escasa utilidad para el objetivo final de nuestro trabajo: identificar los procesos de aprendizaje que subyacen a la terapia y que explicarían el cambio en la clínica.

A partir de aquí se llevó a cabo una nueva propuesta de categorías observacionales centradas en la función de la conducta del terapeuta. Este nuevo sistema categorial, además de proponer definiciones mejor operativizadas de las categorías, respetaba en mayor

medida los términos técnicos a los que hacía referencia. Con este listado se comenzó a trabajar en la codificación de las sesiones con el doble objetivo de que los observadores se entrenasen en su uso y de que dicho sistema fuera modificado en todo aquello que se considerase necesario a medida que se iban descubriendo las dificultades asociadas a su aplicación. Además de esta tarea, también se trabajó en la identificación de distintas fases en las que podía dividirse cada sesión atendiendo a los objetivos perseguidos por el terapeuta con el fin último de determinar si existía una regularidad entre los casos en las fases identificadas, qué funcionalidades de las recogidas en nuestro sistema de categorías predominaban en cada etapa y si podían establecerse secuencias prototípicas de dichas funciones en las distintas fases establecidas.

Resultados

El análisis de casos mencionado nos permitió elaborar el siguiente esquema del proceso terapéutico:

FASE DE EVALUACIÓN

OBJETIVO:

Delimitar la/s conducta/s problema entendiendo por conducta la interacción del organismo como un todo en su entorno físico-químico, biológico y social.

Función predominante: Función discriminativa

FASE DE EXPLICACIÓN DEL ANÁLISIS FUNCIONAL

OBJETIVOS:

Exponer al cliente las hipótesis manejadas por el psicólogo acerca de los procesos de aprendizaje que explican la adquisición y mantenimiento de la/s conducta/s problema.

Establecer los objetivos de intervención y la propuesta de tratamiento.

Funciones predominantes: Función informativa y motivacional

FASE DE TRATAMIENTO

OBJETIVO:

Aplicar el plan de tratamiento diseñado a partir del análisis funcional y que ha sido explicado anteriormente.

Funciones predominantes: Función instruccional

FASE DE AFIANZAMIENTO DEL CAMBIO

OBJETIVO:

Mantener los cambios comportamentales alcanzados durante la intervención

Función predominante: Función de refuerzo

Figura 1. Fases de la intervención psicológica en Terapia de conducta

Antes de comenzar a exponer los resultados derivados del análisis detallado de cada una de las fases identificadas, parece conveniente destacar la naturaleza social del fenómeno terapéutico. La interacción terapeuta-cliente podría estudiarse desde dos niveles de análisis: por un lado, el nivel meramente conversacional típico de cualquier intercambio verbal y, por otro lado, el nivel terapéutico que es el que nos interesa fundamentalmente. El fenómeno clínico entendido como interacción social podría describirse desde un punto de vista funcional como la repetición de la secuencia en la que cada emisión de uno de los interlocutores es, a la vez, estímulo discriminativo de la nueva emisión del otro interlocutor y estímulo reforzador de la verbalización anterior, de modo que si el terapeuta dejase de hacer preguntas y comentarios al cliente, la conducta de hablar de éste se extinguiría.

Aunque el análisis de esta secuencia podría hacerse durante toda la terapia, consideramos que carece de interés para nuestro estudio en la mayoría de las ocasiones, por lo que, a menudo, lo obviaremos, a pesar de entender que la interacción verbal es el *instrumento* necesario para que se den los distintos procesos de cambio que operan en la clínica.

Una vez hechas estas aclaraciones generales, pasamos a presentar los resultados de los análisis que se realizaron de cada una de las fases de la intervención conductual.

Fase 1: evaluación

En esta primera fase de evaluación la secuencia conductual que más se repite es aquella en la que el terapeuta guía la entrevista clínica hacia la obtención de información necesaria para una adecuada comprensión del problema del cliente (figura 2).

En ocasiones se observa que, a pesar de que el terapeuta emite verbalizaciones que pretenden desempeñar una función discriminativa para el cliente controlando la emisión de determinadas respuestas, esto no se logra y la conducta del cliente no es la deseada y, por tanto, no va seguida de reforzamiento. En estos casos parece que la estrategia utilizada por el profesional es la de buscar otra verbalización que elicitte la aparición del comportamiento deseado, el cual será reforzado una vez emitido.

Dejando a un lado las funciones discriminativa y de refuerzo, se puede apreciar que tanto la función de castigo como la evocadora aparecen con escasa frecuencia a lo largo de todo el proceso terapéutico, en general, y de la fase de evaluación, en particular. En el caso de la función evocadora, se observa que las RC emocionales negativas tienden a aparecer al margen de la conducta del terapeuta, mientras que las RC emocionales positivas (por ejemplo, risas) son evocadas con mayor frecuencia a partir de estímulos presentados por el terapeuta.

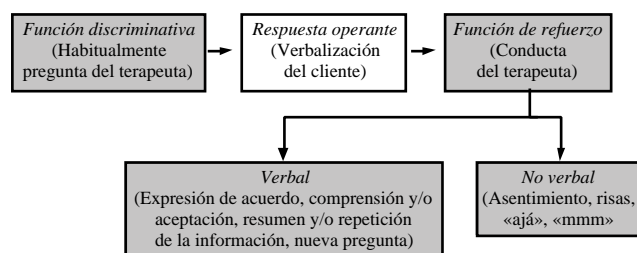


Figura 2. Secuencia conductual característica de la obtención de información en la fase de evaluación

También en esta fase es posible encontrar verbalizaciones con una funcionalidad informativa y/o motivacional, especialmente cuando el cliente manifiesta algún tipo de preocupación o malestar que el clínico trata de reducir proporcionando información o motivando a la persona hacia el cambio. Esto nos lleva a pensar que muy posiblemente estas verbalizaciones cumplen, además, una función de refuerzo negativo.

Aunque en esta fase inicial de la terapia aún no se busca el cambio, es posible encontrar el refuerzo de conductas adaptativas cuando éstas son manifestadas por el cliente e incluso observar algún tipo de intervención terapéutica ante determinadas verbalizaciones o comportamientos puntuales de la persona que demanda ayuda. Esto se aprecia con relativa frecuencia en la reestructuración cognitiva de algunos pensamientos desadaptativos que surgen durante la fase de evaluación, si bien en muchos casos no se pretende lograr un cambio cognitivo sino evaluar qué tipo de creencia posee la persona y en qué grado la considera cierta de cara a planificar el tratamiento en fases posteriores de la intervención.

Más característica de esta primera etapa es la inclusión en el proceso de evaluación de instrumentos de medida que ayuden a completar la información obtenida a través de la entrevista. La incorporación de estas herramientas, habitualmente autorregistros y cuestionarios, conlleva dos momentos: uno inicial en el que el terapeuta justifica su uso y explica la tarea que deberá realizar el cliente; y un segundo momento en el que se revisa el trabajo llevado a cabo fuera de sesión y se comenta la nueva información obtenida. Veamos las secuencias funcionales típicas de los dos momentos mencionados.

A) EXPLICACIÓN DE LA TAREA:

1. *Función instruccional.* El terapeuta explica al cliente qué se le va a pedir que haga, cuándo, dónde, cómo, etc.
2. *Función informativa.* El clínico explica el porqué de la tarea y de realizarla tal y como se ha indicado anteriormente. Dentro de la función informativa se incluirían también los ejemplos presentados por el terapeuta con el fin de modelar la conducta del cliente.
3. A menudo se observa la repetición de la siguiente secuencia:
 - a) *Función discriminativa.* El terapeuta pide al cliente que practique en sesión con un ejemplo cómo llevaría a cabo la tarea propuesta fuera de sesión.
 - b) *Respuesta operante.* El cliente practica en consulta cómo realizar la tarea. Su conducta puede ir guiada mediante discriminativos emitidos por el terapeuta y reforzada en los pasos intermedios a través de las verbalizaciones del clínico promoviéndose así el moldeamiento del comportamiento del cliente en el caso de que fuera necesario.
 - c) *Función de refuerzo.* El clínico, con sus verbalizaciones y conductas no verbales, finaliza la secuencia mostrando acuerdo y aprobación ante la adecuada ejecución lograda por el cliente.

B) REVISIÓN DE LAS TAREAS:

1. *Función de refuerzo.* El terapeuta expresa al cliente su satisfacción por la realización y entrega de tareas.
2. El clínico utiliza la información proporcionada por los autorregistros, autoinformes y cualquier otro instrumento de evaluación empleado para presentar nuevos estímulos discriminativos que controlen la emisión por parte del cliente

de nuevas respuestas que permitan conocer la conducta problema en mayor profundidad.

Fase 2: explicación del análisis funcional y del plan terapéutico

Por lo que a la explicación del análisis funcional se refiere, con frecuencia encontramos la siguiente secuencia funcional (figura 3).

Como puede apreciarse en la figura, el proceso observado en la explicación del análisis funcional se ajusta, habitualmente, al siguiente patrón. El terapeuta comienza su explicación exponiendo al cliente el análisis que ha realizado de su problema (función informativa). En el transcurso de dicha exposición el psicólogo emite alguna verbalización que actúa como estímulo discriminativo para el cliente controlando la emisión de una respuesta por parte de éste a través de la cual indica si está entendiendo o no el planteamiento que se le está presentando, y/o si lo comparte. En el caso de que dicha respuesta sea afirmativa, se refuerza verbal o no verbalmente la misma y se continúa con la explicación del análisis funcional. Por el contrario, si el cliente manifiesta la no comprensión y/o no aceptación del modelo explicativo que está siendo planteado, entonces el terapeuta hace un alto en su discurso y dedica tiempo a repetir parte de su explicación (función informativa), debatir algunas ideas erróneas que pudiera presentar el cliente (debate verbal) y/o señalar los beneficios de concebir la problemática del cliente del modo en el que se le está proponiendo de cara a lograr un cambio positivo (función motivacional). Esta actuación del psicólogo se mantiene hasta que el cliente manifiesta su aceptación y comprensión del modelo retomándose el proceso de explicación del análisis funcional.

Esta secuencia se repite hasta que todo el modelo causal del problema queda expuesto y aceptado por el cliente, momento éste en el que el terapeuta suele hacer un resumen de la explicación planteada (función informativa) y presenta, en líneas generales, la estrategia terapéutica más adecuada para resolver el problema (función motivacional).

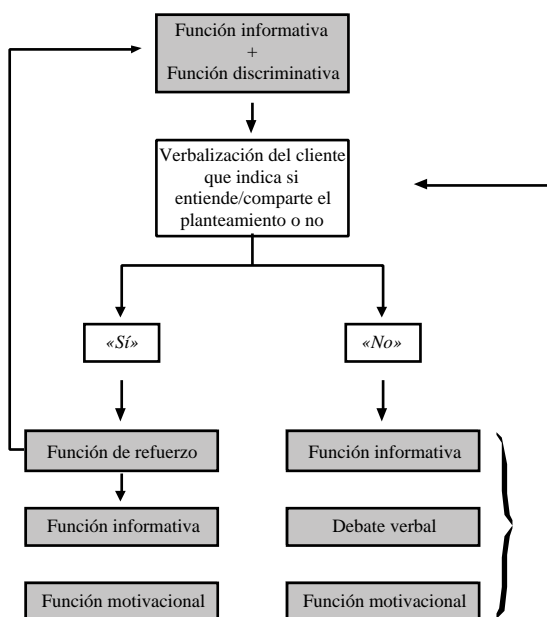


Figura 3. Secuencia conductual característica de la explicación del análisis funcional

Por otra parte, en la explicación detallada del tratamiento se observa un predominio de las funciones motivacional e informativa, principalmente. Asimismo, también se identifican secuencias EP – R – Rf en las que el terapeuta comprueba que el cliente ha comprendido y acepta la propuesta de intervención planteada y le refuerza por ello.

Fase 3: tratamiento

Una de las acciones más importantes de esta fase es la enseñanza de técnicas en sesión. El esquema funcional a través del cual el terapeuta trata de promover este aprendizaje parece ser el siguiente:

1. *Función informativa:* el clínico explica la base científica de la técnica y/o la ejemplifica incluyéndose en esta categoría la conducta del terapeuta que actúa como modelo para el cliente.
2. *Secuencia EP – R – Rf:* la técnica se practica en sesión repetidamente produciéndose un proceso de moldeamiento de la conducta del cliente a medida que recibe retroalimentación sobre su ejecución.
3. *Función instruccional y motivacional:* aparecen al final de la práctica señalando cómo utilizar la técnica fuera de consulta y los beneficios que se esperan de su aplicación. Son las más relevantes en este momento de la terapia.

Algunos elementos de esta secuencia pueden obviarse en función del tipo de estrategia que se pretenda entrenar (si requiere práctica en sesión o no es necesario) y de las habilidades de las que ya disponga el cliente

En esta fase de la intervención también encontramos fragmentos de evaluación para conocer las posibles dificultades que pueda tener el cliente a la hora de poner en práctica el plan terapéutico, su grado de comprensión de las técnicas, la utilidad percibida de las mismas, los progresos que se van produciendo, etc. Esta evaluación se lleva a cabo de forma similar a la señalada en la fase inicial de la terapia.

Algunas otras peculiaridades observadas en esta etapa de tratamiento se mencionan a continuación:

- Puede aumentar la frecuencia de aparición de la función evocadora de respuestas condicionadas emocionales negativas en el caso de que se pretenda poner en marcha procesos de extinción clásica.
- La función de refuerzo se presenta a menudo tras verbalizaciones del cliente que indican:
 - Que ha realizado las tareas propuestas.
 - Que entiende la utilidad de las estrategias enseñadas.
 - Que sabe cuándo ha de utilizar dichas estrategias.
 - Que es capaz de generalizar la aplicación de las mismas a situaciones novedosas.
- Cuando el cliente fracasa en la aplicación de las técnicas trabajadas, con frecuencia se observa la emisión por parte del terapeuta de un conjunto de verbalizaciones que poseen distintas funciones:
 - De castigo: muestra desacuerdo, desaprobación.
 - Instructiva: señala el modo apropiado de actuar.
 - Informativa: explica de nuevo la base de la estrategia terapéutica y/o modela la conducta del cliente.
 - Motivacional: destaca los beneficios de actuar del modo indicado.

Fase 4: afianzamiento del cambio

Esta fase se caracteriza por el predominio de la función de refuerzo acompañando a aquellas verbalizaciones del cliente que se refieren a los logros alcanzados durante la terapia. Se observa que, a medida que se van produciendo avances, cada vez aparecen con mayor frecuencia conductas emitidas por el terapeuta con una función evocadora de respuestas emocionales positivas como la risa.

Probablemente el proceso más relevante en esta etapa sea el reforzamiento identificado en la siguiente secuencia funcional típica de esta fase de la intervención (figura 4).

Por último, cabe destacar algunos aspectos que se hacen cada vez más patentes a medida que avanza la terapia:

- Disminuye el tiempo dedicado en sesión a tratar aspectos relacionados con la conducta problema.
- Aumenta el tiempo de sesión dedicado a hablar de temas agradables (reforzantes) para la persona.
- Aumentan las verbalizaciones positivas en torno a cuestiones relacionadas con la problemática por la que el cliente acudió a consulta.

Discusión y conclusiones

Aunque creemos que la línea de trabajo iniciada por las autoras puede resultar prometedora en lo que a la comprensión de los procesos de cambio que operan en terapia se refiere, somos conscientes del carácter provisional y tentativo de los resultados encontrados. En este sentido, se hace necesario resolver diversos problemas metodológicos, en su mayoría inherentes al proceso de elaboración de un sistema de categorías de observación, para obtener datos válidos y fiables que permitan extraer conclusiones con el suficiente rigor científico (Gorospe, Hernández, Anguera y Martínez, 2005).

Obviamente, alcanzar este objetivo pasa por lograr un adecuado nivel de acuerdo interjueces para lo cual será necesario, entre otras cosas, definir de forma más operativa algunas categorías de modo que se reduzca la probabilidad de confusión entre las mismas. Igualmente, resulta imprescindible resolver el problema de la no exclusividad de las categorías propuestas ya que un mismo comportamiento puede tener diversas funciones dependiendo del segmento conductual que esté siendo analizado. Así, por ejemplo, una verbalización del terapeuta puede, a la vez, ser codificada como reforzador de la respuesta previa del cliente y como estímulo discriminativo de su conducta futura.

Quizás una solución podría hallarse en la transcripción literal de las sesiones analizadas, lo que facilitaría la delimitación y codifi-

cación de los segmentos conductuales relevantes. A este respecto cabe señalar la conveniencia de establecer criterios que permitan diferenciar los fragmentos verdaderamente importantes de la terapia (por ejemplo, la búsqueda de información necesaria para establecer las hipótesis de génesis y mantenimiento del problema), de aquellos otros de menor relevancia para el éxito terapéutico (por ejemplo, la evaluación de las características sociodemográficas del cliente).

Como ya se ha señalado más arriba, en el estudio aquí presentado únicamente era objeto de análisis la conducta del terapeuta y su influencia sobre el comportamiento del cliente. Pero si entendemos esta relación terapeuta-cliente como una interacción, entonces se hace imprescindible estudiar también cómo influye el comportamiento del cliente sobre la conducta del clínico, sólo así podremos aproximarnos a una comprensión real del proceso terapéutico (Beutler, 1991).

Otro aspecto fundamental para nuestro trabajo es el de determinar qué conductas emitidas por el psicólogo actúan realmente como refuerzo y castigo aumentando o disminuyendo, respectivamente, la probabilidad de ocurrencia de la respuesta del cliente a la que siguen. Como referentes metodológicos para este análisis estadístico parece conveniente citar el estudio de Truax (1966) y, más recientemente, el enfoque secuencial o *lag sequential approach* (Follette, Naugle y Callaghan, 1996; Rosenfarb, 1992).

Por otra parte, resulta imprescindible ampliar la muestra de casos analizados y de terapeutas observados con el fin de incrementar la representatividad de nuestro trabajo. En concreto, nos parece de gran interés comparar la forma de proceder en terapia de profesionales con diversos grados de experiencia ya que esto nos puede ayudar a identificar con mayor claridad los procesos que subyacen a las intervenciones clínicas más eficientes.

En cualquier caso, independientemente de la variabilidad del factor *experiencia del terapeuta*, el hecho de contar con una muestra más amplia de casos permitiría contrastar interesantes hipótesis acerca de la efectividad de ciertas formas de actuación en terapia y de los procesos que se ponen en marcha a través de ellas. Así, por ejemplo, sería posible analizar si el éxito terapéutico aumenta cuando el clínico refuerza explícitamente la conducta deseada del cliente o si, por el contrario, los resultados son peores cuando se utiliza el castigo. En este sentido, nos adscribimos a los planteamientos de aquellos autores que defienden que la investigación de procesos en psicoterapia ha de llevarse a cabo desde un marco teórico general (en nuestro caso, la Teoría del Aprendizaje) de modo que sea posible interpretar los datos y generar nuevas hipótesis que promuevan futuras investigaciones en el área (Beutler, 2000; Smith y Grawe, 2003).

Por último, y con vistas a un desarrollo a medio o largo plazo de nuestra investigación, creemos que sería de enorme relevancia analizar los modos de proceder en diversos enfoques terapéuticos con el fin de contrastar la hipótesis de que los procesos que explican el cambio en terapia son los mismos independientemente del modelo teórico al que se adscriba el clínico. De acuerdo con este planteamiento, lo que variaría sería el grado de explicitud con el que el terapeuta maneja las condiciones necesarias para potenciar dichos procesos, siendo esta variabilidad la que explicaría las diferencias observadas en eficacia, efectividad y eficiencia entre los distintos tipos de enfoques terapéuticos.

En definitiva, aunque preliminar, creemos que este trabajo abre una línea de investigación muy prometedora de cara a crear un sistema fiable de evaluación de los procesos de aprendizaje que ope-

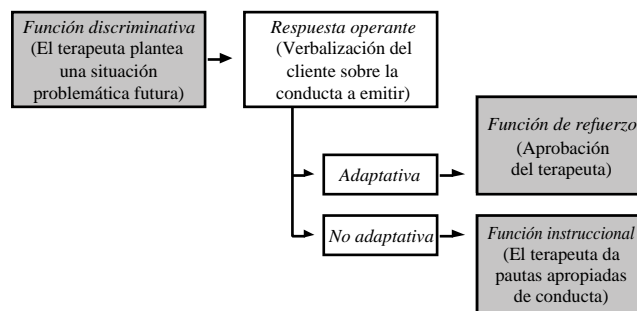


Figura 4. Secuencia conductual característica de la fase de afianzamiento del cambio

ran en la clínica cuyo estudio permitirá una mejor comprensión del fenómeno terapéutico y, con ella, el desarrollo de modos de actua-

ción más efectivos en la clínica, reduciéndose así la distancia que separa teoría y práctica en el campo de la psicoterapia.

Referencias

- Beutler, L.E. (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 226-232.
- Beutler, L.E. (2000). David and Goliath. When empirical and clinical standards of practice meet. *American Psychologist*, 55(9), 997-1007.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Johnson, S.B., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A., y Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated therapies (II). *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3-16.
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Soham, V., Bennet-Johnson, S., Pope, K.S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S.R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D.A., y McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49(2), 5-22.
- Del Pino, A., Gaos, M.T., Dorta, R., y García, M. (2004). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para modificar conductas prono-coronarias. *Psicothema*, 16, 654-660.
- Elliot, A.L., Miltenberger, R.G., Kaster-Bundgaard, J., y Lumey, V. (1996). A national survey of assessment and therapy techniques used by behavior therapists. *Cognitive and Behavioral Practice*, 3, 107-125.
- 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.
- Gavino, A. (2004). Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos. Madrid: Pirámide.
- Goldfried, M.R., y Castonguay, L.J. (1993). Behavior therapy: Redefining strengths and limitations. *Behavior Therapy*, 24, 205-526.
- Gorospe, G., Hernández, A., Anguera, M.T., y Martínez, R. (2005). Desarrollo y optimización de una herramienta observacional en el tenis de individuales. *Psicothema*, 17, 123-127.
- Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Bolling, M., Wexner, R., Parker, C., y Tsai, M. (2004). Functional Analytic Psychotherapy, Cognitive Therapy and Acceptance. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (eds.): *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 96-119). Nueva York: Guilford Press.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E., y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Orgilés, M., Méndez, X., y Espada, J.P. (2005). Tratamiento de la fobia a la oscuridad mediante el entrenamiento a padres. *Psicothema*, 17, 9-14.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C., y Amigo Vázquez, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid: Pirámide.
- Rosenfarb, I.S. (1992). A behaviour analytic interpretation of the therapeutic relationship. *Psychological Record*, 42, 341-354.
- Santolaya, F., Berdullas, M., y Fernández Hermida, J.R. (2002). La década 1989-1998 en la psicología española: análisis del desarrollo de la psicología profesional en España. *Papeles del Psicólogo*, 82, 65-82.
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Smith, E.C., y Grawe, K. (2003). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 275-285.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and Dissemination of Empirically-Validated Psychological Treatments: Report and Recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Truax, C.B. (1966). Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian Psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 1-9.
- Vila, J. (1997). Los efectos de la terapia de conducta. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 50(4), 503-511.