

Aproximación al Estudio Funcional de la Interacción Verbal entre Terapeuta y Cliente Durante el Proceso Terapéutico

1er. Premio de la XVII edición del Premio de Psicología Aplicada "Rafael Burgaleta" 2010

An Approach to the Functional Study of the Verbal Interaction Between Therapist and Client During the Therapeutic Process

First Prize in the 17th "Rafael Burgaleta" Applied Psychology Awards 2010

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

Resumen. En este trabajo se presenta el desarrollo de un sistema de categorías de la conducta verbal del terapeuta (SISC-CVT) y su aplicación para el análisis de sesiones de terapia; el objetivo fue identificar topografías del comportamiento verbal de los clínicos que podrían corresponderse con las posibles funcionalidades de tal comportamiento. Se trabajó con 101 sesiones procedentes de 21 casos de adultos tratados por 8 terapeutas. La hipótesis de partida era que las categorías de la conducta verbal de los terapeutas se distribuirían en la intervención clínica de manera que se podría establecer un modelo de actuación verbal relacionado con el objetivo clínico durante el proceso terapéutico. Los resultados de los análisis realizados confirman esta hipótesis y permiten afirmar que lo que se relaciona con el tipo de comportamiento verbal emitido por los terapeutas es la actividad clínicamente relevante que se está llevando a cabo en sesión. Según estos resultados los terapeutas realizan cuatro tipos de actividades clínicamente relevantes (evaluación, explicación, tratamiento y consolidación del cambio) que están relacionadas con el tipo de categorías de la conducta verbal que predomina en cada una de ellas más que con el momento temporal de la terapia en el que tienen lugar.

Palabras clave: contexto clínico, conducta verbal, metodología observacional, terapia cognitivo-conductual.

Abstract. This paper presents the development process of a coding system of the verbal behavior of therapists (SISC-CVT) and its application in the analysis of a series of clinical sessions. The aim was to identify topographies of the clinicians' verbal behavior that could be related to the hypothesized functions of this behavior. We analyze the recordings of 101 sessions, corresponding to 21 adult clinical cases. The initial hypothesis was that the categories of therapists' verbal behavior are distributed throughout the clinical intervention in such a way that a model of verbal performance could be established related to the clinical objective pursued by the psychologist during the therapeutic process. The results have confirmed this hypothesis and support the conclusion that what is related to the type of verbal

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

La correspondencia sobre este artículo dirigirla a la primera autora de este artículo al E-mail: mxesus.frojan@uam.es

behavior emitted by cognitive-behavioral therapists is the clinically relevant activity that is being carried out in session. According to these results, therapists perform four types of clinically relevant activity (assessment, explanation, treatment and consolidation of change). These are related to the type of categories of verbal behavior that are most frequent during each activity, rather than to the temporal moment of therapy in which they occur.

Keywords: clinical context, verbal behavior, observational methodology, cognitive-behavioral therapy.

Introducción

El trabajo que presentamos aquí es un paso más en la línea de investigación iniciada por nuestro grupo hace ya varios años, cuya finalidad última es contribuir a la clarificación de los procesos de cambio terapéutico que operan en el contexto clínico, siguiendo la línea iniciada a partir de los años 90 como reacción al estado que presentaba en aquellos momentos la Modificación de conducta. Desde el inicio de esta alternativa terapéutica, se han sucedido más de 40 años de intensa y rápida evolución: unos orígenes fuertemente enraizados en la Psicología del aprendizaje; la incorporación de los procesos de aprendizaje vicario a partir de la Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) y el Conductismo social (Staats, 1975); y, finalmente, la introducción de las variables cognitivas como elementos fundamentales para explicar y cambiar el comportamiento, que constituyó la denominada “revolución” cognitiva o “salto” cognitivo (Franks, 1991; Mahoney, 1974/1983). La Modificación de conducta y la investigación han ido siempre unidas, si bien durante la década de los 80 se produjo una clara disociación entre la aplicación y la teoría e investigación. La evolución de la Modificación de conducta se vio determinada en gran medida por dos fenómenos estrechamente relacionados: por una parte, el hecho de que hubiese diversos modelos teóricos y ninguno de ellos estuviese, al menos en esos momentos, capacitado para explicar el comportamiento humano en su totalidad hizo que el psicólogo clínico conductual empezase a prescindir del apoyo teórico, aparentemente innecesario, dada la efectividad de las técnicas de tratamiento; la Modificación de conducta *olvidó* uno de los objetivos primordiales de toda ciencia, la explicación, a favor de los otros dos, la predicción y el control. Por otra parte, y como consecuencia de lo anterior, el psicólogo clínico conductual se empezó a convertir en un mero “aplicador” de procedimientos de cambio, de

los cuales lo único que le importaba era que funcionasen.

En sus inicios, la Modificación de conducta insistió en la necesidad del análisis conductual como forma de explicar (para cambiar) los comportamientos (desadaptados); sin embargo, en la práctica clínica la utilización de tests tradicionales era cada vez mayor, lo cual suponía de nuevo un alejamiento de los principios básicos de la disciplina. La consecuencia inmediata fue que el tratamiento no se diseñaba acorde con un análisis funcional del caso (descripción objetiva de la/s conducta/s problema, de las variables de las que es/son función y de la relación de esos elementos entre sí), requisito en principio indispensable para seleccionar y aplicar cualquier técnica conductual. Por último, los procedimientos de tratamiento utilizados por los clínicos se alejaban cada vez más de los principios experimentales sobre los que se habían construido, y se iban reduciendo a un conjunto de pasos estandarizados que se aplicaban mecánicamente. Esta situación llevó a un enlentecimiento en la evolución de la disciplina como tal.

Pero durante la década de los 90 se produjeron cambios sustanciales que determinaron la situación actual: en primer lugar, surgió un intento manifiesto por parte de diversos autores de clarificar el estado de la disciplina, tanto en lo que se refiere a aspectos teóricos como metodológicos y prácticos. En segundo lugar, se manifestó un acuerdo generalizado acerca de considerar que el gran nivel de eficacia alcanzado no podría mejorar salvo que se regresase al experimentalismo; se entendió que era necesario investigar sobre técnicas que potenciasen la efectividad de los tratamientos conductuales así como los efectos de las habilidades del terapeuta, la utilización del lenguaje en terapia y la relación terapeuta-cliente. En este contexto, se empezaron a revisar las técnicas de tratamiento clásicas para intentar explicar su funcionamiento al tiempo que se pretendía sistematizar aspectos inespecíficos de la terapia,

como la relación cliente-terapeuta, a la cual se le empezó a dar importancia en la década anterior, pero sin que se hubiera llegado a conclusiones unánimes (Kazdin, 1991, 2008). Por lo que respecta al uso del lenguaje durante la sesión clínica, se convirtió en un elemento de estudio central, hasta el punto de que el enfoque contextual lo empezó a considerar la clave terapéutica y uno de los procedimientos más poderosos para controlar y cambiar la conducta humana. Las investigaciones sobre conducta verbal, sobre todo desde la perspectiva del condicionamiento operante, representan en la actualidad una de las líneas más fructíferas en Modificación de conducta. Desde el momento en que la Terapia conductual es eminentemente “hablada” (al menos en lo que a la situación clínica se refiere), los estudios sobre conducta verbal resultan de sumo interés.

Un antecedente claro de nuestro trabajo es el realizado en la Universidad de Reno por el equipo de Willard Day, a partir de la década de los 60. Allí se llevaron a cabo análisis conductuales intensivos de diálogos, gran parte de ellos extraídos de sesiones clínicas, utilizando las categorías propuestas por Skinner (1957) en *Verbal Behavior*, intentando expresar lo observado en términos de principios operantes y respondientes. Igualmente compartimos el planteamiento que adoptan Hayes, Follete y Follete, (1995), Hamilton (1988), Rosenfarb (1992) y Follete, Naugle y Callaghan (1996), al entender el cambio terapéutico como un moldeamiento de nuevas conductas a través de contingencias obtenidas en la relación terapéutica.

Independientemente del planteamiento teórico, la metodología o los objetivos del análisis de la intervención clínica, un primer acercamiento básico al análisis en profundidad del fenómeno clínico debería considerar el estudio de la interacción verbal entre terapeuta y cliente. Decíamos antes que la terapia de conducta es eminentemente hablada, como lo es cualquier intervención terapéutica; pero hay otras razones que justifican el estudio de la interacción verbal: el cliente habla de sus problemas y describe lo que ocurre fuera de la clínica y son estas descripciones la base para la aplicación del programa terapéutico que se decida; el terapeuta intenta promover cambios fuera de la clínica diciendo o instruyendo al cliente sobre qué tiene que hacer; incluso en muchas ocasiones, el problema del cliente no es otro que su

manera de hablarse, de describir el mundo que le rodea, por lo que la intervención terapéutica requiere la modificación de esas verbalizaciones.

La conceptualización de la relación terapéutica como un contexto para la administración de contingencias de reforzamiento y castigo es aplicable no sólo a la intervención conductual sino también a cualquier otra forma exitosa de tratamiento psicológico y fue tomada como fundamento para la formulación de una nueva alternativa clínica, la *Psicoterapia Analítico Funcional* (PAF; Kohlenberg y Tsai, 1991, 1995), basada en una serie de reglas en la que se especifican los comportamientos del terapeuta necesarios para que se produzca el cambio deseado en el cliente en el contexto de la relación interpersonal establecida entre ambos. La consideración del comportamiento verbal como una *conducta clínicamente relevante*, por hablar en términos de la PAF, ha sido algo inherente a la aproximación conductista radical.

El objetivo de la línea de trabajo abierta por nuestro equipo de investigación es realizar una aportación inicial a la mejora de la comprensión de los procesos asociados al cambio terapéutico cuando se aplican técnicas de modificación de conducta, desde la consideración de que la Terapia conductual puede ser definida como *la aplicación de operaciones conductuales básicas para la resolución de problemas psicológicos* (Catania, 1992; Pérez, 1996, 2004). Dichas operaciones son las siguientes: observación de la conducta, presentación de estímulos, disposición de control antecedente, disposición de consecuencias, establecimiento de funciones motivadoras y alteración funcional mediante reglas. Las operaciones conductuales constituyen la lógica interna de la Modificación de conducta y se han de tomar de los resultados de la investigación que ha constituido la base de esta disciplina.

En nuestro caso, para llevar a cabo esta propuesta se analizaron grabaciones de los diálogos entre terapeuta y cliente durante el desarrollo de las sesiones clínicas, considerando el lenguaje como conducta operante, clínicamente relevante (Froján, Montaña y Calero, 2006; Froján, Calero y Montaña, 2006, 2008). El trabajo realizado se desarrolló a lo largo de dos fases: la primera de ellas se dedicó al desarrollo del sistema de categorías de análisis de la conducta verbal del terapeuta (a partir de ahora, SISC-CVT); una vez que se hubieron conseguido

unos niveles de fiabilidad aceptables, comenzó la segunda fase dedicada a aplicar el sistema para la categorización de la conducta verbal de los distintos terapeutas objeto de análisis.

FASE I

Método

Participantes

Se utilizaron las grabaciones de 51 sesiones clínicas de aproximadamente una hora de duración procedentes de 11 casos distintos tratados por 5 terapeutas cognitivo-conductuales en el *Instituto Terapéutico de Madrid*. En todos los casos la intervención psicológica llevada a cabo fue individual y con población adulta, con el consentimiento expreso para su grabación y la garantía de anonimato y confidencialidad de los datos.

Unidad de categorización

Se registró la conducta verbal emitida por el psicólogo en su interacción con el cliente durante el desarrollo de cada sesión clínica.

Materiales e instrumentos

Los casos observados fueron grabados utilizando un circuito cerrado de cámaras situadas enfrente del terapeuta y a espaldas del cliente. El software utilizado para la observación sistemática de las sesiones fue *The Observer XT*, comercializado por *Noldus Information Technology*®, que se utilizó en sus versiones 6.0 para la observación y registro de las sesiones y 7.0 para el análisis del grado de acuerdo inter e intra observadores.

Procedimiento

El proceso de creación y depuración del SISC-CVT siguió una serie de pasos que presentamos de

manera sintética (una descripción completa de la metodología desarrollada se puede consultar en Froján et al., 2008):

1. *Observación no sistemática y primera propuesta de categorización*. Se empezó a desarrollar un sistema de categorías preliminar a partir de las ya mencionadas *operaciones conductuales*. En concreto, se definieron seis categorías cuyas topografías podrían recoger las distintas funcionalidades que la conducta verbal del terapeuta puede desempeñar en la clínica: topografía discriminativa, evocadora, de refuerzo, de castigo, instruccional y motivadora. Tres jueces observaban y registraban informalmente dicha conducta y discutían los desacuerdos existentes con el objetivo de especificar y depurar los criterios de categorización. Este proceso condujo a la consideración de una séptima categoría (topografía informativa) constituyéndose así la primera versión del SISC-CVT.

2. *Observación sistemática del comportamiento: depuración y propuesta definitiva del sistema de codificación*. Se registró de manera sistemática la conducta verbal de los terapeutas con la ayuda del programa informático *The Observer XT* versión 6.0. Se utilizó el “registro activado por transición” o RAT (Quera, 1991; Bakeman, 2000; Bakeman y Gottman, 1989; Martin y Bateson, 1986), registro continuo donde las unidades de conducta se corresponden con las unidades de registro sin que haya una unidad de codificación establecida a priori, sino que ésta quedaría determinada por la transición de unas categorías a otras a medida que la conducta observada fuera cumpliendo con los criterios establecidos en la definición de cada categoría del sistema. Participaron los mismos tres observadores que en la etapa anterior, los cuales registraban, comparaban y discutían los desacuerdos encontrados hasta llegar a establecer criterios consensuados que facilitarían la categorización de la conducta verbal de los terapeutas estudiados. Durante esta fase de la investigación se decidió incorporar una última categoría (*Otras*), y se decidió registrar no sólo la ocurrencia de la conducta, sino también su duración de modo que se establecieron *categorías evento* (aquéllas para las que se registraba únicamente el momento de su ocurrencia) y *categorías estado* (aquéllas cuyos tiempos de inicio y finalización eran contemplados en los registros observacionales).

3. *Análisis del grado de acuerdo intra e interjueces.* El proceso de análisis de la concordancia inter e intrajueces en la aplicación del SISC-CVT definitivo se llevó a cabo en dos fases. En la primera de ellas se contó con la participación de los observadores 1 y 2, los cuales habían estado involucrados en todas las etapas del desarrollo de dicho sistema de categorización y un observador no entrenado ni en la aplicación del SISC-CVT ni en el manejo de *The Observer XT* (a partir de ahora, observador 3). Se seleccionaron de forma aleatoria 3 segmentos de grabaciones de 15 minutos de duración cada uno que fueron analizados de forma independiente por los tres jueces mencionados. Además, el observador 1 volvió a realizar el registro de los mismos fragmentos 10 días después de la primera observación. En la segunda fase del proceso de análisis de la concordancia entre observadores participaron exclusivamente los observadores 1 y 3, los cuales llevaron a cabo un análisis del grado de acuerdo inter y, en algunos casos, intraobservadores de 4 nuevas sesiones seleccionadas de entre varios casos de diversos terapeutas.

Resultados

El *Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta* (SISC-CVT) resultante del proceso detallado en el apartado anterior se presenta en la tabla 1.

Los porcentajes de acuerdo (PA) y los índices kappa (k) resultantes de la comparación de los registros realizados se recogen en las tablas 2 y 3. Dichos indicadores de concordancia inter e intra jueces fueron calculados con el programa informático *The Observer XT 7.0* considerando una ventana de tolerancia de 1 segundo. Como puede verse, los valores de kappa oscilan entre 0.68 y 0.84 con un nivel de significación estadística inferior a 0,01, lo que nos permite rechazar la hipótesis de que los niveles de acuerdo alcanzados se debieran al azar. El porcentaje de acuerdo entre observadores, por su parte, fue siempre superior al 77% llegando a alcanzar un valor del 89% cuando se compararon los registros de un mismo observador.

La tabla 3 presenta los porcentajes de acuerdo (PA) y los índices kappa (k) con una ventana de tolerancia de 1 segundo, obtenidos en la comparación de los registros realizados por los observadores 1 y 3 tras el análisis de nuevas grabaciones correspondientes a distintos casos y terapeutas. Los valores obtenidos oscilan entre 0.54 y 0.76, con la misma significación estadística que en el caso anterior y el porcentaje de acuerdo entre observadores entre el 66% y el 82%.

Una vez elaborado el sistema de categorización, se inició la segunda fase del estudio, encaminado a aplicarlo a un conjunto de sesiones terapéuticas con el objetivo de identificar topografías del comportamiento verbal de los terapeutas que podrían corresponderse con las posibles funcionalidades de tal

Tabla 1. Categorías incluidas en el Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT)

<i>Categoría</i>	<i>Descripción breve</i>
<i>Topografía discriminativa</i>	Verbalización del terapeuta que evoca una conducta del cliente (verbal o no). (<i>Categoría evento</i>)
<i>Topografía evocadora</i>	Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o no. (<i>Categoría evento</i>)
<i>Topografía de refuerzo</i>	Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación, de la conducta emitida por el cliente. (<i>Categoría evento</i>)
<i>Topografía de castigo</i>	Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el cliente y/o que interrumpe ésta aunque sin presentar ningún matiz que indique aprobación, acuerdo o aceptación. (<i>Categoría evento</i>)
<i>Informativa</i>	Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta. (<i>Categoría estado</i>)
<i>Instruccional</i>	Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta futura del cliente fuera del contexto clínico. No se han de mencionar las consecuencias explícitamente pero sí han de describirse los pasos de la actuación que se trata de favorecer. (<i>Categoría estado</i>)
<i>Motivadora</i>	Verbalización del terapeuta que anticipa los efectos positivos o negativos que la actuación del cliente (mencionada dicha actuación o no de forma explícita en la verbalización del terapeuta) tendrá, está teniendo o ha tenido sobre el cambio clínico. (<i>Categoría estado</i>)
<i>Otras</i>	Cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores. (<i>Categoría evento</i>)

Tabla 2. Grado de acuerdo inter e intra-jueces para 3 jueces independientes

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

Tabla 3. Grado de acuerdo inter e intra-observadores para 2 jueces independientes

	Caso	Terapeuta	Tipo de acuerdo	PA	k	p
Análisis 1	6	4	Inter-jueces	66	0.54	0.00
Análisis 2	6	4	Inter-jueces	67	0.58	0.00
Análisis 3	5	3	Inter-jueces	70	0.61	0.00
			Intra-juez	79	0.72	0.00
Análisis 4	11	1	Inter-jueces	75	0.68	0.00
			Intra-juez	82	0.76	0.00

comportamiento. Nuestra hipótesis de trabajo era la siguiente: las categorías de la conducta verbal de los terapeutas se distribuirán a lo largo de la intervención clínica de manera que se podrá establecer un modelo de actuación verbal relacionado con el objetivo clínico perseguido por el psicólogo durante el proceso terapéutico e independiente del terapeuta analizado, el caso considerado o la problemática tratada.

FASE II

Método

Participantes

Para la realización del presente trabajo se analizaron las grabaciones de 101 sesiones clínicas (92 horas y 23 minutos de terapia observados) procedentes de 21 casos tratados por 8 terapeutas cognitivo-conductuales en dos centros privados de psicoterapia; todos los casos fueron desarrollados en el marco de la práctica clínica individual con población adulta.

Variables e instrumentos

En la tabla 4 se resumen las variables e instrumentos considerados en esta fase, que pasamos a describir a continuación.

Variables referidas a la conducta verbal del terapeuta

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

Variable de bloqueo: "Fase de intervención"

Las categorías que constituyeron esta variable están basadas en la división tradicional de la intervención terapéutica según los objetivos perseguidos

Tabla 4. Variables e instrumentos

<i>Variables de estudio</i>
Variables referidas a la conducta verbal del terapeuta (variables cuantitativas)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Topografía discriminativa. 2. Topografía de refuerzo. 3. Topografía evocadora. 4. Topografía de castigo. 5. Informativa 6. Motivadora. 7. Instruccional. 8. Otras.
<i>Variable de bloqueo</i>
Fase de intervención (variable categórica):
<ul style="list-style-type: none"> • Fase de evaluación • Fase de explicación del análisis funcional y el plan de tratamiento. • Fase de inicio del tratamiento. • Fase de desarrollo del tratamiento. • Fase de finalización del tratamiento.
<i>Instrumentos</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT) 2. <i>The Observer XT</i> versiones 6.0 y 7.0.

(Ninness, Glenn y Ellis, 1993; Martin y Pear, 2007) y fueron las siguientes:

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

Materiales e instrumentos

La grabación de las sesiones analizadas se realizó utilizando un circuito cerrado de cámaras y vídeo

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

Procedimiento

Las grabaciones se iniciaban una vez que se obtenía el consentimiento informado de los directores de los centros colaboradores, los terapeutas y los clientes. Estas grabaciones eran posteriormente observadas y registradas utilizando el programa *The Observer XT 6.0*. El proceso de selección de las sesiones a observar en cada caso fue llevado a cabo por un investigador con una amplia formación teórica y práctica en Terapia de conducta, quien dividía cada proceso terapéutico en cinco fases de acuerdo con el siguiente procedimiento: aquella sesión en la que el terapeuta daba a su cliente una explicación de las causas que mantenían su problema, presentaba el plan de intervención y establecía los objetivos terapéuticos, conformaba la fase de *explicación del análisis funcional y la propuesta de tratamiento*. Esta sesión servía para distinguir entre la fase de *evaluación*, formada por las sesiones previas a la misma, y la fase de *tratamiento*, constituida por las sesiones posteriores. Las sesiones de *tratamiento* así identificadas eran entonces divididas en tres grupos de igual tamaño por orden cronológico conformando las fases de *inicio*, *desarrollo* y *finalización del tratamiento*, lo que completaba las cinco partes en las que se dividió el proceso terapéutico. Una vez establecida esta división, se procedía a elegir de cada caso completamente al azar una sesión de entre todas las grabadas en cada fase, excepto para la fase de *evaluación* en la que se prescindía de la primera sesión por ser ésta en ocasiones atípica, a menos que

no existieran más sesiones capturadas antes de la explicación del análisis funcional y el plan de tratamiento.

Una vez seleccionadas las grabaciones a observar, la codificación y registro de la conducta verbal de los terapeutas fue llevada a cabo por el mismo investigador quien, además, era experto en el manejo y aplicación tanto del SISC-CVT como de *The Observer XT*. Con el fin de garantizar un adecuado grado de acuerdo intra e inter-jueces en el registro de las sesiones, se evaluó de forma periódica la concordancia entre los registros realizados por el observador principal en dos momentos distintos, así como el grado de acuerdo encontrado entre los registros de dicho observador y los de un segundo juez. Los porcentajes de acuerdo (PA) oscilaron entre el 72% y el 85%. Los coeficientes kappa calculados superan en todos los casos el criterio establecido para el mantenimiento de los registros ($k > 0,60$) y se muestran significativos a un nivel estadístico de 0,01, lo que lleva a rechazar la hipótesis de que los acuerdos observados se deban al azar. Por su parte, los porcentajes de precisión asociada son, en todos los análisis, superiores al 80% llegando a alcanzar niveles de hasta el 93%.

Resultados

Análisis descriptivo

Los estadísticos descriptivos de las variables refe-

ridas a la categorización de la conducta verbal de los psicólogos en cada una de las fases terapéuticas consideradas aparecen recogidos en la tabla 5. Como puede apreciarse en ella, en todas las fases terapéuticas las categorías-evento que se dan con más frecuencia son la *Topografía discriminativa* y la *Topografía de refuerzo*, siendo superior la primera a la segunda en todos los casos aunque esa diferencia se reduce en la última fase de tratamiento. En cuanto a las categorías que aparecen con un porcentaje menor, las variables *Topografía evocadora* y *Topografía de castigo* son las que presentan unos valores más bajos en todas las etapas de la intervención llegando a casi al 0% en el caso de la *Topografía evocadora*. La *Topografía de castigo*, por su parte, adquiere sus valores máximos en las fases de inicio y fin del tratamiento mostrando una presencia menor en las sesiones de evaluación. Por último, la categoría *Otras* aparece en un porcentaje moderado en todas las fases siendo éste ligeramente superior en la última etapa de la intervención clínica.

Por otro lado, y en cuanto a las variables referidas a las categorías estado de los registros, también encontramos un patrón similar independientemente de la fase analizada: el porcentaje medio de tiempo de sesión dedicado a la *Informativa* es claramente superior al registrado como *Motivadora* y/o *Instruccional*. La presencia de la *Informativa* es especialmente notable en las sesiones de explicación del análisis funcional y la propuesta de tratamiento donde llega a ocupar una media del 54% del tiempo de sesión.

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

	Evaluación (n = 20)		Explicación AF (n = 20)		Tratamiento(I) (n = 20)		Tratamiento(II) (n = 20)		Tratamiento(III) (n = 17)		Total (n = 101)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
<i>Topografía discriminativa</i> ^a	56.49	10.75	57.28	10.12	52.13	10.68	53.51	11.55	47.28	11.49	53.58	11.22
<i>Topografía de refuerzo</i> ^a	30.46	10.19	29.26	9.26	32.79	8.95	32.38	11.28	36.56	14.37	32.42	10.86
<i>Topografía evocadora</i> ^a	0.01	0.06	0.08	0.26	0.06	0.15	1.01	4.23	0.01	0.06	0.24	1.94
<i>Topografía de castigo</i> ^a	1.81	1.31	2.15	1.07	3.40	3.74	2.57	2.31	3.81	3.45	2.68	2.69
<i>Informativa</i> ^b	20.05	13.09	54.24	14.20	32.65	11.03	29.59	13.42	31.10	12.49	33.62	17.16
<i>Motivadora</i> ^b	1.55	1.54	4.69	2.85	6.83	3.99	4.65	2.88	4.16	3.17	4.38	3.40
<i>Instruccional</i> ^b	1.72	1.68	2.96	3.04	4.69	2.38	4.43	2.94	3.65	3.24	3.48	2.86
<i>Otras</i> ^a	11.21	4.52	11.21	4.51	11.70	5.69	10.52	4.14	12.32	4.15	11.35	4.60

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

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

Análisis de conglomerados

Independientemente de las fases a las que pertenecieran, los registros observacionales que conformaban el total de la muestra de nuestro estudio fueron organizados en cuatro grupos mediante un análisis de conglomerados jerárquico utilizando como método de conglomeración el método de Ward y como medida de similitud la distancia euclídea al cuadrado.

El primer grupo incluyó 28 registros (27.7%), el segundo 26 (2.8%), el tercero 19 (18.8%), y el cuarto las 28 sesiones restantes (27.7%) hasta completar la muestra de observaciones. Las características de cada uno de los grupos en las variables incluidas en el análisis aparecen detalladas en la tabla 6. El gráfico 1 recoge los tipos de registros incluidos en cada conglomerado según la fase terapéutica.

Atendiendo a la información que se acaba de presentar, podemos decir que el *grupo 1*, que pasaremos a denominar *de evaluación* a partir de este momento, incluiría la mayor parte de las sesiones pertenecientes a la fase de evaluación y un número destacable de registros correspondientes a las fases de desarrollo del tratamiento. Atendiendo a la tabla 6, podemos decir que este *grupo de evaluación* parece caracterizarse, fundamentalmente, por presentar los niveles más altos de la variable *Topografía discriminativa*, junto a los más bajos de las variables *Informativa* y *Motivadora*. El *grupo 2*, desde ahora *de explicación*, estaría formado, mayoritariamente, por sesiones de la fase de explicación del análisis funcional y el plan de tratamiento y sería el grupo

que presenta un mayor porcentaje de tiempo de sesión categorizado como *Informativa*. El grupo 3 se caracteriza por el predominio de las sesiones de tratamiento, por lo que pasamos a denominarlo grupo *de tratamiento* y presenta los porcentajes más elevados de *Topografía de refuerzo* y *Topografía discriminativa* y, en menor medida, *Topografía de castigo*, *Motivadora*, *Instruccional* y *Otras*. Por último, el cuarto conglomerado, que pasamos a designar como grupo de *consolidación*, presentó un predominio de aquellos registros procedentes de la última fase de tratamiento y de la fase de evaluación que combinaban los mayores porcentajes de eventos categorizados como *Topografía de refuerzo* con una baja presencia de la *Topografía de castigo* y la categoría *Otras*.

Parece, por tanto, que las variables referidas a la conducta verbal del terapeuta en sesión varían en el modo en el que se distribuyen a lo largo del proceso terapéutico, agrupándose independientemente del caso, del cliente y/o del terapeuta considerado.

Análisis discriminante

Una vez obtenidos los conglomerados se realizó un análisis discriminante para estudiar las diferencias existentes entre estos grupos así como la significación estadística de la forma de agrupación establecida por el análisis de conglomerados. Para la construcción de las funciones discriminantes se siguió una estrategia de inclusión forzosa incorporando a la

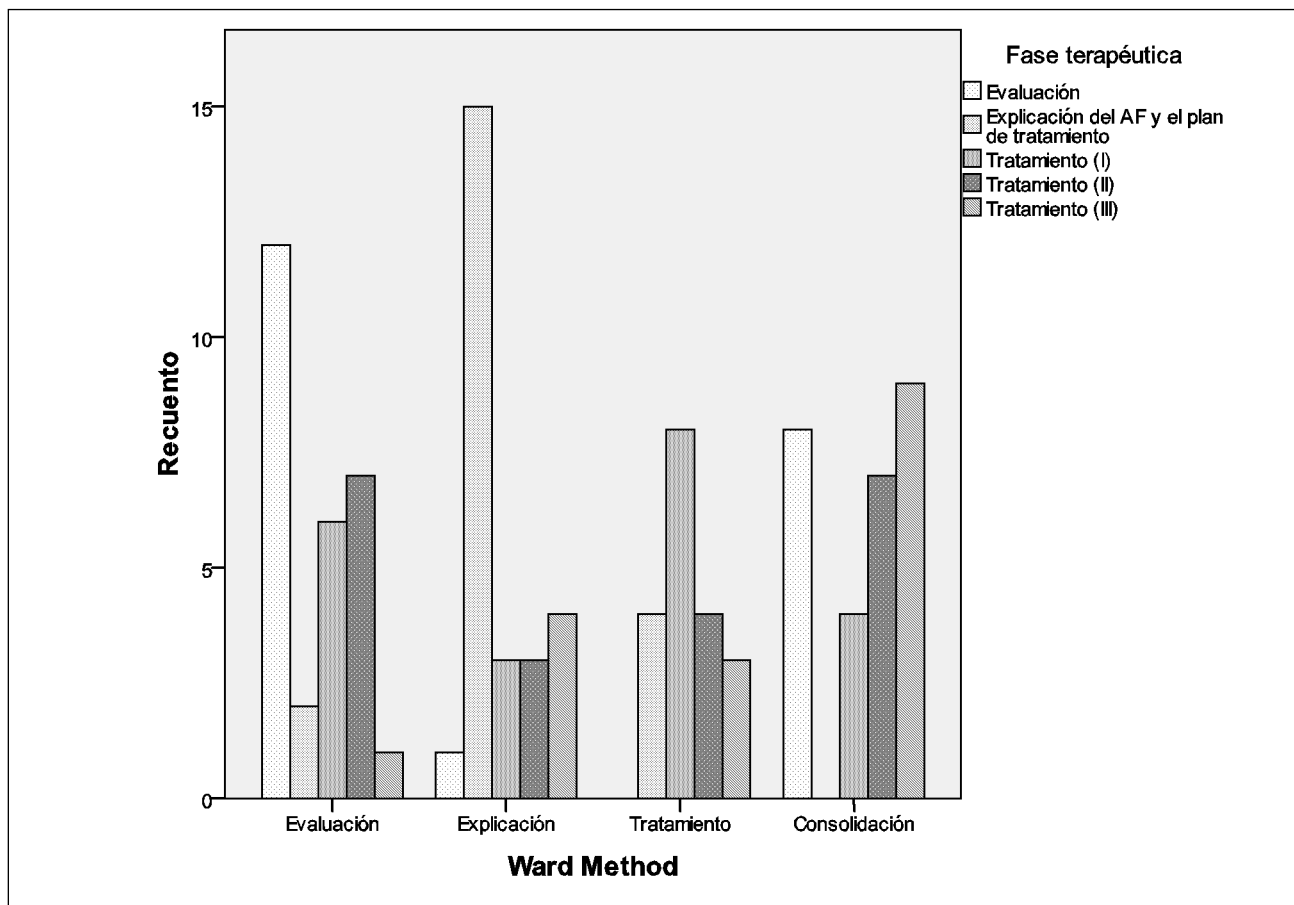
Tabla 6. Estadísticos descriptivos en cada grupo para cada una de las variables incluidas en el análisis de conglomerados

Variable	Grupo 1 (n = 28)		Grupo 2 (n = 26)		Grupo 3 (n = 19)		Grupo 4 (n = 28)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
<i>Discriminativa</i> ^a	63.43	7.44	57.76	10.08	47.92	6.52	38.73	7.55
<i>Refuerzo</i> ^a	24.49	6.92	29.02	10.59	31.98	6.10	51.38	5.59
<i>Evocadora</i> ^a	0.74	3.67	0	0	0.21	0.339	0	0
<i>Castigo</i> ^a	1.81	1.40	2.04	1.54	5.53	4.57	1.67	1
<i>Informativa</i> ^b	20.58	7.75	56.49	11.19	35.79	8.31	23.5	7.27
<i>Motivadora</i> ^b	3.26	3.14	4.82	2.97	5.58	3.74	3.74	3.14
<i>Instruccional</i> ^b	2.99	2.16	3.06	2.38	3.97	2.89	3.79	3.52
<i>Otras</i> ^a	9.51	4.48	11.16	3.61	14.39	4.75	8.2	3.69

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

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

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



vez todas las variables independientes seleccionadas para el análisis. La variable *Otras*, sin embargo, quedó fuera del proceso de construcción del modelo por presentar un nivel de tolerancia asociado inferior a 0.001. Los autovalores de las tres funciones discriminantes obtenidas se mostraron desiguales (4.29; 1.12 y 0.29), explicando la primera función el 75.2% de la variabilidad de los datos, la segunda el 19.6% y la tercera el 5.2%. En cuanto a las correlaciones canónicas, éstas tomaron los valores de 0.9, 0.72 y 0.47, para la primera, segunda y tercera función, respectivamente, lo que indica el adecuado nivel en el que las variables discriminantes permitieron diferenciar entre los grupos. Por su parte, el cálculo de los valores *lambda* de Wilks mostró que las funciones resultaban significativas para la discriminación de los grupos tanto si se consideraba el modelo completo ($\lambda = 0.69$; $\chi^2_{(21)} = 252.88$; $p < 0.001$), las dos últimas funciones de forma conjunta ($\lambda = 0.36$; $\chi^2_{(12)} = 95.4$; $p < 0.001$), o la tercera de ellas por separado ($\lambda = 0.77$; $\chi^2_{(5)} = 24.38$; $p < 0.001$).

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

Como puede observarse, la primera función discriminante, y aquella que mayor porcentaje de varianza explica, destacaría por su correlación alta y negativa con la variable *Informativa*. Por su parte, la segunda función discriminante se caracterizaría, fundamentalmente, por presentar una relación lineal alta con las variables *Topografía de discriminativa* (positiva) y *Topografía de refuerzo* (negativa). Aunque esta segunda función fue la que presentó una mayor correlación con la variable *Topografía evocadora*, el valor de la misma fue muy próximo a 0. Finalmente, la tercera función discriminante fue la que mostró un mayor grado de asociación con las variables *Topografía de castigo*, *Topografía evocadora*, *Motivadora*, *Instruccional*, y *Otras*, concretamente positiva y alta con *Topografía de castigo*, moderada y negativa con *Otras* y baja con

Tabla 7. Matriz de estructura

	D	R	E	C	IF	M	IT	O ^a
<i>Función 1</i>	0.14	-0.17	-0.02	0.04	-0.87*	0.08	-0.05	0.06
<i>Función 2</i>	0.92*	-0.67*	-0.11*	-0.31	-0.30	-0.18	-0.14	-0.29
<i>Función 3</i>	0.44	-0.57	0.14*	0.90*	-0.33	0.24*	-0.19*	-.48*

D = Topografía discriminativa, R = Topografía de refuerzo, E = Topografía evocadora, C = Topografía de castigo, IF= Informativa, M = Motivadora, IT = Instruccional, O = Otras

^a Esta variable no se empleó en el análisis.

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

Topografía evocadora, Motivadora e Instruccional (negativa en este último caso).

Con el fin de identificar los grupos entre los que permitía diferenciar cada función discriminante, se llevó a cabo un ANOVA de un factor para cada una de las variables formadas con las puntuaciones discriminantes en las funciones del modelo que, a partir de este momento, pasaremos a denominar **Información** (función discriminante 1), **Discriminación-Reforzamiento** (función discriminante 2) y **Entrenamiento** (función discriminante 3). Debido a que la prueba de Levene indicó que no se podían asumir varianzas iguales para la variable *Discriminación-Reforzamiento*, el contraste de medias se realizó para este factor atendiendo al estadístico de Welch (ver tabla 8). Las comparaciones *post hoc*

para cada análisis de varianza se llevaron a cabo mediante el método de Bonferroni en aquellos casos donde podía asumirse homocedasticidad, y mediante el método Games-Howell en aquellos contrastes donde la igualdad de varianzas no podía suponerse (ver tabla 9).

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

Tabla 8. ANOVAs univariados sobre las funciones discriminantes

	<i>Información</i>	<i>Discriminación-Reforzamiento</i>	<i>Entrenamiento</i>
F	138.81	41.63	7.14
p	0.000	0.000	0.000

Tabla 9. Comparaciones entre grupos por pares

			<i>Información</i>	<i>Dis/Ref</i>	<i>Entrenamiento</i>
<i>Evaluación</i>	<i>Explicación</i>	Dif. de medias	4.24*	1.39*	0.61*
		Error típico	0.27	0.30	0.21
	<i>Tratamiento</i>	Dif. de medias	-1.96*	2.51*	-0.77
		Error típico	0.30	0.28	0.42
	<i>Consolidación</i>	Dif. de medias	0.91	2.46*	0.62*
		Error típico	0.27	0.24	0.19
<i>Explicación</i>	<i>Tratamiento</i>	Dif. de medias	2.27*	1.11	-1.39*
		Error típico	0.30	0.32	0.43
	<i>Consolidación</i>	Dif. de medias	-5.15*	1.06*	0.01
		Error típico	0.27	0.29	0.20
<i>Tratamiento</i>	<i>Consolidación</i>	Dif. de medias	2.88*	-0.04	1.40*
		Error típico	0.30	0.27	0.42

* $p < 0.05$; Dis/Ref = Discriminación-Reforzamiento

ble *Discriminación-Reforzamiento* difieren de modo estadísticamente significativo menos para los pares grupo de explicación-grupo de tratamiento y grupo de tratamiento-grupo de consolidación. Por último, la variable *Entrenamiento* presenta diferencias estadísticamente significativas entre todos los grupos menos entre los pares evaluación-tratamiento y explicación-consolidación.

Discusión

Posiblemente, una importante conclusión que pueda extraerse del estudio que hemos presentado en este trabajo sea la confirmación de la utilidad que el *Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta* (SISC-CVT) y la metodología de investigación propuesta poseen para el análisis del proceso terapéutico. Independientemente de que sea necesario continuar trabajando en la depuración de dicho sistema de codificación con el fin de incrementar el grado de acuerdo inter e intra-observadores, especialmente en su aplicación a la categorización de la conducta verbal de una mayor variedad de terapeutas, el mantenimiento de los niveles de concordancia entre registros por encima del criterio establecido ($k > 0.60$) confiere robustez a los datos y, por ende, ciertas garantías sobre los análisis realizados. El elevado porcentaje de éxito en las pruebas de validación del modelo discriminante, así como la significación psicológica del mismo son una prueba a favor de la validez del SISC-CVT.

En primer lugar, parece claro que la conducta verbal de los psicólogos en sesión, al menos en lo que a su posible funcionalidad se refiere, varía durante el proceso terapéutico, ahora bien, ¿con qué aspectos del fenómeno clínico tienen que ver esas variaciones? El estudio realizado parece indicar que los cambios en el modo en el que se distribuye el comportamiento verbal de los psicólogos en sesión no mantiene una correspondencia exacta con las distintas fases en las que podría dividirse una intervención conductual, tal y como puede apreciarse al analizar los grupos identificados por el análisis de conglomerados realizado. Así, el *grupo de evaluación* incluiría la mayor parte de las sesiones de la fase de evaluación pero también muchas de las de inicio y,

sobre todo, desarrollo del tratamiento. Tratando de identificar las características de estas sesiones de tratamiento incluidas en este grupo, descubrimos que se trataba de sesiones donde el terapeuta dedicaba gran parte del tiempo a *evaluar* los cambios, dificultades y progresos producidos en el entorno natural del cliente con motivo de la aplicación del programa de intervención diseñado. El denominado *grupo de explicación*, por su parte, estaba formado por la inmensa mayoría de las sesiones de la fase de explicación del análisis funcional y la propuesta de tratamiento. Por su parte, el *grupo de tratamiento* (el menos numeroso) lo constituían, fundamentalmente, sesiones de las fases de tratamiento, especialmente de la fase de inicio del mismo donde se entrenaban y/o aplicaban técnicas en sesión y/o se daban pautas de actuación fuera de la clínica, mientras que el *grupo de consolidación* se caracterizaba por incluir sesiones de los últimos momentos de terapia, especialmente de aquellos casos más rápidos y/o con mejores resultados, además de sesiones de evaluación que podrían corresponderse a la evaluación del cambio terapéutico propio de los últimos momentos del tratamiento.

Teniendo en cuenta lo que se acaba de señalar, parece que lo que se relaciona con el tipo de comportamiento verbal emitido por los terapeutas de conducta es la *actividad clínicamente relevante* que se está llevando a cabo en sesión. De acuerdo con esto, podríamos decir que en el enfoque cognitivo-conductual los terapeutas realizarían cuatro tipos de actividades clínicamente relevantes: *evaluación, explicación, tratamiento y consolidación del cambio*. Estas actividades, probablemente, no tengan tanto que ver con la “fase” de intervención en la que nos encontremos sino, fundamentalmente, con el objetivo concreto perseguido por el psicólogo en cada momento del proceso terapéutico, aunque haya objetivos más claramente ligados a unas fases que a otras. Este estudio que aquí presentamos no nos permite diferenciar tipos de actividades dentro de una misma sesión pero muy posiblemente la clasificación de sesiones enteras en uno u otro grupo no esté más que señalando qué tipo de *actividad clínicamente relevante* predomina en cada sesión analizada. Este modo descriptivo de agrupar los registros de las sesiones observadas a partir de la considera-

ción simultánea de las variables referidas a la conducta verbal de los psicólogos, no sólo tiene significación psicológica sino que se apoya en la significación estadística mostrada por el análisis discriminante ¿Qué permite entonces distinguir unas *actividades clínicamente relevantes* de otras? De acuerdo con las funciones discriminantes calculadas, podríamos decir que existen tres dimensiones o ejes en torno a los cuales se distribuirían los grupos de registros observacionales analizados: (1) la dimensión denominada **Información**, relacionada con la variable *Informativa* y que permitiría diferenciar, fundamentalmente, los registros de *evaluación* (bajas puntuaciones en la variable *Informativa*) y *explicación* (elevadas puntuaciones en la variable *Topografía discriminativa*) de los del resto de grupos; (2) la dimensión que convenimos en llamar **Discriminación-reforzamiento**, asociada con las variables *Topografía discriminativa* y *Topografía de refuerzo*, que permitiría distinguir, sobre todo, las sesiones de *consolidación* (alta puntuación en la variable *Topografía de refuerzo* y baja en *Topografía discriminativa*) de las del resto de grupos, especialmente del grupo de *evaluación* que presentaría el patrón opuesto (baja puntuación en la variable *Topografía de refuerzo* y elevada en *Topografía discriminativa*); y (3) la dimensión etiquetada como **Entrenamiento**, asociada con las variables *Topografía de castigo*, *Motivadora*, *Instruccional* y *Otras*, que distinguiría el grupo de *tratamiento* (elevadas puntuaciones en todas las variables mencionadas) del resto. Aunque el análisis pormenorizado de cada categoría no sea un objetivo directo de este trabajo nos parece interesante señalar en este punto la importancia que cobra la variable topografía de castigo al realizar el análisis discriminante. A pesar de ser una de las categorías que presenta valores más bajos de aparición en todas las etapas de la intervención parece ser que la hipotética función punitiva podría resultar clave para entender las diferentes actividades clínicamente relevantes que lleva a cabo el terapeuta en sesión.

Parece, por tanto, que la posible funcionalidad de la conducta verbal de los terapeutas varía a medida que cambia lo que el clínico hace o pretende hacer en sesión (evaluar, explicar, entrenar/tratar o consolidar los cambios). Este hecho podría estar señalando

la existencia de ciertos mecanismos de aprendizaje que se pondrían en marcha a partir de la interacción entre terapeutas y clientes en distintos momentos de la terapia y que podrían ser, en alguna medida, responsables del cambio clínico. ¿Somete el terapeuta de conducta a procesos de discriminación y control estimular a su cliente cuando trata de obtener información relevante? ¿Pone en marcha mecanismos de reforzamiento positivo cuando pretende consolidar los cambios? ¿Utiliza el castigo, el control instruccional y/o ciertas operaciones de establecimiento cuando intenta entrenar en sesión algunas técnicas de intervención psicológica y/o promover ciertos cambios fuera del contexto clínico? ¿Existen formas más eficientes que otras para poner en marcha estos mecanismos de aprendizaje? ¿Explican estos mecanismos el éxito o el fracaso clínicos? En cualquier caso e independientemente de cuáles y cuántas sean las *actividades clínicamente relevantes* que se puedan identificar en terapia, lo más importante es que éstas tienen que ver con perfiles concretos de comportamiento verbal de los terapeutas. Si, como hipotetizamos, nuestra categorización de la conducta verbal del psicólogo en sesión guarda relación con su funcionalidad, estos perfiles estarían describiendo relaciones funcionales que se establecen en la interacción clínica y que podrían estar poniendo en marcha mecanismos de aprendizaje que podrían explicar, al menos en parte, el éxito (o el fracaso) de la terapia. Tal vez, con esta identificación de las *actividades clínicamente relevantes* y los patrones de actuación de los *psicólogos* a ellas asociados estamos descubriendo la otra parte de la interacción de las aproximaciones analítico-funcionales centradas, hasta ahora, en las *conductas clínicamente relevantes* del *cliente* (Callaghan, Naugle y Follete, 1996; Kohlenberg y Tsai, 1991).

Aún queda un largo camino de investigación hasta poder dar respuesta a estas preguntas, pero a pesar de ello consideramos que el trabajo que presentamos aquí nos acerca a la “radiografía” del proceso terapéutico. Una radiografía que aún precisa de un mayor grado de definición pero que ya nos permite vislumbrar qué es lo que hace el psicólogo en la clínica y que parece ser, fundamentalmente, evaluar, informar o presentar conocimiento técnico/clínico, traer a sesión respuestas emocionales, consoli-

dar los progresos del cliente mediante la aprobación y el elogio de los mismos, mostrar su desaprobación ante comportamientos no deseables, motivar o señalar los beneficios del cambio, y presentar instrucciones que guíen la realización de tareas fuera de sesión. Esta “radiografía” inicial del proceso terapéutico deberá ir ganando nitidez con la depuración del sistema de codificación de la conducta verbal del psicólogo, la incorporación de información procedente de nuevos análisis con un mayor número de casos, sesiones y/o terapeutas, la inclusión del estudio del comportamiento del cliente y su puesta en relación con la conducta del clínico, entre otras cuestiones, pero, sin duda, consideramos que es un interesante primer paso para llegar a comprender qué hace un psicólogo en terapia.

Extended Summary

The ultimate objective of this research is to contribute to clarifying the processes of therapeutic change which operate in a clinical context, following the line of research that was initiated in the 1990s as a reaction to the state of the behavior modification field at that time. This state involved a clear dissociation between application and theory and research, with the treatment procedures used by clinicians increasingly moving away from the experimental principles on which they had been built, resulting in a slowing of the evolution of the discipline.

Regardless of the theoretical approach, methodology or objectives of the analysis of clinical intervention, we consider that a first basic approach to in-depth analysis of clinical phenomena should consider the study of the verbal interaction between therapist and client. In this case, we work from the consideration that behavioral therapy can be defined as *the application of basic behavioral operations for the resolution of psychological problems* (Catania, 1992, Perez, 1996, 2004).

This paper presents the process of development of a *system of categorization of therapist verbal behavior (SISC-CVT)* and its application to the analysis of a series of therapy sessions. The aim was to identify topographies of verbal behavior that could be related to the possible functions of this behavior.

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 80 y que debe seguir constituyendo la esencia de la Psicología científica y experimental. Aún falta mucho camino por recorrer antes de que podamos dar respuesta a todos los interrogantes planteados, pero nuestros esfuerzos investigadores deben dirigirse hacia la resolución de los mismos, no sólo porque eso nos permitiría comprender mejor el fenómeno psicoterapéutico y los mecanismos de cambio que operan en la clínica, sino también porque este conocimiento teórico nos acercaría a la identificación y propuesta de formas de proceder en terapia más eficientes.

Therefore, the work was developed in two phases: the first was devoted to the development of a category system of therapist verbal behavior based on Catania's behavioral taxonomy (Catania, 1992) adapted to clinical settings. Once these had achieved acceptable reliability levels, a second phase was begun in order to implement the system for categorizing the different verbal behaviors of therapists being analyzed.

For the first phase, recordings were observed of 51 clinical sessions of approximately one hour from 11 patients treated by 5 different cognitive-behavioral therapists in a private clinic in Madrid. The software used was *The Observer XT*, version 6.0, for observation and recording of the sessions and version 7.0 for analysis of degree of inter- and intra-observer agreement. For the process of developing the *SISC-CVT*, the following steps were taken: (1) non-systematic observation and a first proposal of categorization based on the definition of basic behavioral operations, proposing seven categories for the first version system, (2) systematic observation of behavior for a final proposal of the coding system, which featured eight categories; during this phase three observers systematically recorded and independent verbal behavior of therapists, after which they compared and discussed disagreements until consensus was reached to establish criteria for

categorization, (3) Analysis of the degree of agreement between judges participating as observers to ensure this was suitable. The *SISC-CVT* system can be found in Table 1 and the percentages of agreement and resulting kappa coefficients are shown in Tables 2 and 3.

The second phase of the study was designed to implement the categorization system in a series of therapy sessions. Our working hypothesis was: the categories of verbal behavior of therapists will be distributed throughout the clinical intervention in such a way that it may provide a model of verbal performance related to the clinical objective pursued by the psychologist during the therapeutic process, regardless of the therapist, the case in question or the problem being treated. We analyzed the clinical records of 101 sessions (92 hours and 23 minutes of observed therapy) from 21 patients treated by 8 cognitive-behavioral therapists in two private clinics. We analyzed variables related to the therapist's verbal behavior. To do so, we created eight quantitative variables that summarized the weight of each category of the *SISC-CVT* system in the records. In some variables the weight was calculated based on the percentage of occurrence of each category and in others this was based on the percentage of time spent in each category. The intervention phase was used as a blocking variable, taking into account the following categories: assessment, explanation of functional analysis and treatment proposal, treatment I, treatment II and treatment III. In each case, a session of each phase was selected completely at random from all those recorded, and the verbal behavior of therapists was then codified and recorded by the same researcher. In order to ensure a suitable level of agreement between judges in recording sessions, this was periodically evaluated with the help of a second trained observer in the system.

The data analysis was then begun with descriptive statistics of the variables related to the categorization of verbal behavior of psychologists in each of the therapeutic stages considered (see Table 5). At all stages, the categories that occur most frequently are *Discriminative Topography* and *Reinforcement Topography*, while *Evocative Topography* and *Punishment Topography* also appear with smaller percentages. Finally, the *Other* category appears

moderately at all stages, being slightly higher in the last stage of clinical intervention. As for the categories in which the duration was recorded, we also found a similar pattern regardless of the phase analyzed: the percentage of time devoted to the *Information* session is much higher than that recorded as *Motivational* or *Instructional*. It is also noteworthy that the presence of the *Information* is particularly notable in the sessions of functional analysis and explanation of the proposed treatment.

Regardless of the phases to which the records belong, they were organized into four groups using hierarchical cluster analysis (see details in Table 6). *Group 1*, called *Evaluation*, included most of the sessions belonging to the assessment phase and a remarkable number of records corresponding to the treatment development phase. This group appears to be characterized mainly by the highest levels of the *Discriminative Topography*, and the lowest levels of the *Informative* and *Motivational* variables. *Group 2*, called *Explanation*, was made up mostly of explanation of the functional analysis and treatment plan phase sessions and has a higher percentage of time categorized as *Informative*. *Group 3* is characterized by the predominance of treatment sessions, and for this reason was called *Treatment*. It shows the highest percentages of *Reinforcement Topography* and *Discriminative Topography*, and less of *Punishment*, *Motivational*, *Instructional* and *Other* topographies. Finally, the fourth cluster, called *Consolidation*, has a predominance of records from the last treatment phase and evaluation phase, which combine the highest percentages of events categorized as *Reinforcement Topography* and a low presence of *Punishment* and *Other* topographies.

Once clusters were obtained, a discriminant analysis was used to study the differences between these groups and the statistical significance of the form of group established by the cluster analysis (see Table 7). The calculation of Wilks' *lambda* values showed that the functions were significant for the discrimination of the groups. The first discriminant function (known as *Information*) and those with the highest percentage of explained variance, is notable for its high negative correlation with the *Information variable*. The second discriminant function (called *Discrimination-Reinforcement*) is char-

acterized by a high linear relationship with *Topography of discriminative variables* (positive) and *Topography of reinforcement* (negative). Finally, the third discriminant function (called *Training*) shows a high positive correlation with *Topography of punishment*, moderate and negative with *Other* and low with *Evocative*, *Motivational* and *Instructional Topography* (negative in the last case). According to the analysis of variance, we can say that the three variables created from the discriminant functions are statistically among the groups considered.

An important conclusion that can possibly be drawn from the study that we presented in this here is the confirmation of the utility that the *SISC-CVT* and the proposed research methodology have for the analysis of the therapeutic process. Moreover, regarding the conclusions to be drawn directly from the data analyzed, it seems clear that the verbal behavior of psychologists in session, at least as far as possible functionality is concerned, varies during the therapeutic process. This study suggests that changes in the way that the verbal behavior of psychologists is distributed in session do not exactly match the different phases in which a behavioral intervention can be divided, but rather what relates to the type verbal behavior emitted by the behavior therapists is the *Clinically Relevant Activity* being carried out in session. Accordingly, we could say that the cognitive-behavioral therapists conduct four types of clinically relevant activities: *Evaluation*, *Explanation*, *Treatment* and *Consolidation of change*. These activities probably do not have much to do with the current intervention phase, but rather with the specific objective being pursued by the psychologist at any given moment of the therapeutic process. For all these reasons, it appears that the possible functionality of the verbal behavior of therapists varies as you change what the clinician does or intends to do in session (to assess, explain, train / treat or consolidate the changes.) This could indicate the existence of certain mechanisms of learning that are prompted by the interaction between therapist and client in the various stages of therapy and could be, to some extent, responsible for clinical change.

There still remains much to do for research to be able to answer the questions that remain unan-

swered, but, nonetheless, we believe that the work presented here brings us closer to a picture snapshot of the therapy process. This picture will need refining and focussing as the coding system of verbal behavior of the psychologist is perfected, and with the incorporation of information from future analyses with a larger number of cases, sessions and therapists, and the inclusion of the study of client behavior. This will then need to be applied in relation to clinical behavior, among other things. However, we certainly believe this is an interesting first step to understanding what a psychologist in therapy does.

Referencias

- Bakeman, R. (2000). Behavioural observation and coding. En H.T. Reis, y C.M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 138-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bakeman, R. y Gottman, J.M. (1989). *Observación de la interacción: introducción al análisis secuencial*. Madrid: Morata.
- Bandura, A. (1977/1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe.
- Beutler, L. E. (2000). David and Goliath. When empirical and clinical standards of practice meet. *American Psychologist*, 55, 997-1007.
- Callaghan, G. M., Naugle, A. E. y Follette, W. C. (1996). Useful constructions of the client-therapist relationship. *Psychotherapy*, 33, 381-390.
- Catania, A. C. (1992). *Learning* (3ª ed.). Englewood Cliffs, Nueva York: Prentice Hall.
- 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.
- Franks, C. M. (1991). Orígenes, historia reciente, cuestiones actuales y estatus futuro de la terapia de conducta: una revisión conceptual. En Caballo, V. (comp.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 3-26). Madrid: Siglo XXI.
- Froján, M. X., Calero, A., y Montaña, M. (2006). Procesos de aprendizaje en las técnicas de rees-

- tructuración semántica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32, 287-305.
- Froján, M. X., Calero, A. y Montaña, M. (2008). Analysis of the therapist's verbal behavior during cognitive restructuring debates. A case study. *Psychotherapy Research*, 24, 1-12.
- Froján, M. X., Montaña, M. y Calero, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema*, 18, 797-803.
- Froján, M. X., Montaña, M., Calero, A., García, A., Garzón, A y Ruiz, E. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema*, 20, 603-609.
- Hamilton, S. A. (1988). Behavioral formulations of verbal behaviour in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 8, 181-193.
- Hayes, S. C., Follete, W. C. y Follete, V. M. (1995). Behavior therapy: A contextual approach. En A.S. Gurman y S.B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies. Theorie and practice* (pp. 128-181). Nueva York: Guilford Press.
- Kazdin, A. E. (1991). Sobre los aspectos conceptuales y empíricos de la terapia de conducta. En Caballo, V. (comp.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 27-50). Madrid: Siglo XXI.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice. New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146-159.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1995). I speak therefore I am: a behavioral approach to understanding problems of the self. *The Behavior Therapist*, 18, 113-116.
- Mahoney, M.J. (1974/1983). *Cognición y modificación de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Martin, P. y Bateson, P. (1986). *Measuring behaviour: An introductory guide*. Cambridge: Cambridge University Press
- Martin, G. y Pear, J. (2007). *Behavior modification: what it is and how to do it*. New Jersey: Prentice Hall.
- Pérez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Quera, V. (1991). Muestreo y registro observacional. En M.T. Anguera (Ed.), *Metodología observacional en la investigación psicológica (Vol. 1)* (pp. 241-327). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Rosenfarb, I. S. (1992). A behaviour analytic interpretation of the therapeutic relationship. *Psychological Record*, 42, 341-354.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Nueva York: Appelton-Century-Crofts.
- Staats, A.W. (1975/1979). *Conductismo social*, México: El Manual Moderno.

Manuscrito recibido: 30/09/2010

Revisión recibida: 26/10/2010

Manuscrito aceptado: 24/01/2011