



Clínica y Salud

ISSN: 1130-5274

clin-salud@cop.es

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
España

Montaño-Fidalgo, Montserrat; Froján-Parga, María Xesús; Ruiz-Sancho, Elena María; Virués-Ortega, Francisco Javier

El Proceso Terapéutico "Momento a Momento" desde una Perspectiva Analítico-Funcional

Clínica y Salud, vol. 22, núm. 2, 2011, pp. 101-119

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180621194002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El Proceso Terapéutico “Momento a Momento” desde una Perspectiva Analítico-Funcional

A “Moment-to-Moment” Analysis of the Therapeutic Process Using a Functional-Analytic Approach

Montserrat Montaña-Fidalgo
Centro de Psicología Álava-Reyes, España
Elena María Ruiz-Sancho
Universidad Autónoma de Madrid, España

María Xesús Froján-Parga
Universidad Autónoma de Madrid, España
Francisco Javier Virués-Ortega
University of Manitoba & ST. Amant Research Centre, Canadá

Resumen. Este trabajo describe cómo se desarrolla el proceso terapéutico en un caso concreto mediante el estudio de las posibles funciones de la conducta verbal del terapeuta durante la interacción con su cliente. Para ello, se procedió a la observación de las grabaciones de las 10 sesiones que constituyeron la totalidad de la intervención terapéutica del caso estudiado. La categorización del comportamiento verbal del psicólogo en sesión fue realizada mediante el software *The Observer® XT* y la aplicación del *Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT)* desarrollado por las autoras y asociado a altos niveles de concordancia inter e intra observadores. El análisis de los registros permitió una primera aproximación a la formulación de una “radiografía funcional” del proceso terapéutico que puede tener importantes implicaciones para el estudio y comprensión del fenómeno clínico así como para el diseño, entrenamiento y aplicación de formas más efectivas de intervención psicológica.

Palabras clave: investigación de procesos, conducta verbal, metodología observacional, terapia conductual.

Abstract. This study analyzes the potential functions of the therapist’s verbal behavior during actual in-session therapist-client interactions. The complete therapeutic process of a clinical case was recorded (10 sessions). The therapist’s verbal behavior was coded by means of *The Observer® XT* software and the Therapists’ *Verbal Behavior Category System (SISC-CVT)*, which has shown high levels of inter and intra-rater agreement. Results showed a descriptive analysis of the therapeutic process. Our results help to understand the functional relations and learning mechanisms that may be involved during in-session verbal interaction. The approach illustrated in the present study could serve a first step to designing, training and putting into practice more effective psychological interventions.

Keywords: process research, verbal behavior, observational methodology, behavior therapy.

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 disfrutó de una beca FPI otorgada por la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid para el desarrollo de su tesis doctoral.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la primera autora al Centro de Psicología Álava Reyes, c/ Arturo Soria, 329, 1.º F - 28033 Madrid, Spain. E-mail: mmontano@alavareyesconsultores.com

El nacimiento de la terapia de conducta fue acompañado por la necesidad de competir con las aproximaciones clínicas ya existentes, lo cual condujo a lo largo de los años a un predominio de la investigación de resultados sobre la investigación de procesos. En este sentido, probar que una terapia era más eficaz que otra cobró más importancia que la demostración de cómo y por qué funcionaba un determinado proceso terapéutico (Lambert y Hill, 1994). El trabajo llevado a cabo por el grupo de Willard Day en la Universidad de Nevada durante los años 80 constituyó, probablemente, una de las primeras tentativas de análisis de lo que sucede en sesión desde una perspectiva conductista.

Day y su equipo crearon la denominada *The Reno Methodology* con la que se pretendía llevar a cabo un análisis de las transcripciones de episodios conversacionales extraídos de sesiones clínicas reales con el objetivo de tratar de identificar las posibles fuentes de control antecedente y/o consecuente de la conducta verbal, basándose para ello en los principios del condicionamiento clásico y operante. Este tipo de análisis, aunque de gran interés, pronto presentó importantes problemas relacionados con lo costoso de su realización, lo complicado de la comparación de los resultados entre sí y las dificultades para asegurar una adecuada fiabilidad interjueces en la categorización de las verbalizaciones estudiadas. La mayor parte de los esfuerzos realizados desde esta perspectiva consistieron en disertaciones o tesis que tendían a ser amplísimas ya que eran necesarios cientos de páginas para describir apenas unas pocas horas de transcripción. El hecho de que ninguno de estos trabajos haya sido publicado hasta la fecha y que las variantes de este método utilizadas por algunos investigadores (Leigland, Dougher, Hayes) hayan tenido una escasa repercusión en el área, es, sin duda, un claro indicador de los serios inconvenientes que presentó esta estrategia de investigación (Hayes, Blackledge y Barnes-Holmes, 2001).

A pesar de que esta línea de trabajo no diera los frutos deseados, lo cierto es que gran parte de los pupilos de Day heredaron el interés por la aplicación de los postulados del conductismo radical al análisis de la relación terapéutica y de la conducta verbal que en ella ocurre dando lugar a importantes desarrollos teóricos (por ejemplo, Rosenfarb, 1992;

Wilson y Blackledge, 2000), investigadores (Callaghan, Summers y Weidman, 2003) y aplicados (Hayes, 1987; Hayes y Wilson, 1994; Kohlenberg y Tsai, 1991), sin los cuales es imposible comprender la situación actual de la psicoterapia y, más concretamente, de la terapia de conducta. Sin embargo, más allá de las repercusiones que esta focalización en el análisis de la interacción verbal en terapia haya podido tener sobre el quehacer clínico, su relevancia para la comprensión del proceso terapéutico es máxima: analizar la conducta de los profesionales de la psicología clínica en sesión cuando interactúan con sus clientes puede ayudarnos a clarificar los procedimientos que utilizan, a comprender cómo y por qué funciona el tratamiento psicológico y, por tanto, a diseñar formas de intervención más eficientes.

El trabajo que aquí se presenta pretende retomar la propuesta de Willard Day pero con nuevas herramientas que permitan superar algunos de los problemas metodológicos que estuvieron presentes en los estudios de la Universidad de Nevada. En concreto, se propone categorizar la conducta verbal del psicólogo atendiendo a su posible valor funcional de acuerdo con el paradigma del condicionamiento clásico y operante. Este intento de describir y conceptualizar el proceso terapéutico desde una perspectiva analítico-funcional, se llevará a cabo a partir de un estudio de caso en el que se analizará momento a momento lo que sucede en sesión con el objetivo de identificar aquellas topografías de conducta verbal que podrían poseer una determinada función (por ejemplo, la expresión “muy bien” podría tener la función de refuerzo del comportamiento al que sigue).

El motivo de elegir como estrategia de investigación el estudio de caso único tiene que ver con el hecho de que este tipo de análisis constituye una metodología fundamental en la investigación clínica (por ejemplo, De Jongh, van den Oord y ten Broeke, 2002), no sólo porque el inicio de los grandes enfoques psicoterapéuticos pueda encontrarse en el estudio de casos, algunos de los cuales llegaron a hacerse sumamente famosos (por ejemplo, el caso de Anna O. en Breuer y Freud, 1936; o el caso del pequeño Albert en Watson y Ryner, 1920), sino, y sobre todo, porque el análisis de caso único ha llegado a convertirse en una herramienta metodológica

de gran interés para la investigación tanto de procesos como de resultados puesto que respeta el carácter ideográfico inherente a la práctica clínica que a menudo se pierde con la “estandarización” de la mayoría de las investigaciones. La relevancia de esta “individualización” del análisis es especialmente importante en el enfoque conductual, y lo es por partida doble. En primer lugar, porque el tipo de variabilidad que interesa estudiar en la evaluación y tratamiento conductual es la intrasujeto (Martin y Pear, 2007). Y, en segundo lugar, porque el empleo de una estrategia de investigación basada en el estudio de casos es coherente con la aproximación analítico-funcional al estudio del fenómeno clínico.

Nuestra investigación, adscrita a dicho marco teórico, puede beneficiarse enormemente de esta metodología de análisis. Evidentemente, aún faltan importantes elementos por incorporar a la “ecuación clínica” (el análisis del comportamiento no verbal y, sobre todo, de la conducta del cliente), pero el estudio del comportamiento verbal del terapeuta en un caso específico puede constituir un buen modo de aproximación a la realización de una “radiografía” inicial del proceso terapéutico que permita una mejor comprensión del mismo. Sin duda, esto repercutirá en la propuesta de formas de intervención más efectivas así como en una mejor formación de nuestros clínicos.

Método

Participantes

Se observaron, registraron y analizaron las grabaciones de las 10 sesiones clínicas en las que se desarrolló el caso de una mujer de 32 años que acudía a terapia por problemas en su relación de pareja. La intervención se llevó a cabo desde un enfoque conductual en un centro privado. La terapeuta, una mujer de 44 años de edad, contaba en ese momento con 15 años de experiencia en el ejercicio de la terapia de conducta. La intervención se realizó sólo con la cliente si bien la pareja de ésta fue entrevistada en la cuarta sesión para completar la evaluación del caso. La recogida de información relevante para la comprensión del problema se llevó a cabo durante

las tres primeras sesiones dedicándose parte de la cuarta sesión a la explicación del análisis funcional y el plan de tratamiento. Las sesiones 5, 6, 7, 8, 9 y 10 se dedicaron a la implementación del programa de intervención poniéndose fin a la terapia cuando la terapeuta consideró los objetivos clínicos plenamente alcanzados. La frecuencia de las sesiones fue semanal hasta la sexta sesión, momento en el que las citas comenzaron a hacerse quincenales. Finalmente, el periodo intersesión se amplió a un mes entre las sesiones 9 y 10. Las grabaciones de las sesiones clínicas se realizaron con el consentimiento informado de la cliente, la terapeuta y la directora del centro colaborador garantizándose en todo momento la confidencialidad y privacidad de los datos¹.

Variables e instrumentos

La variable de estudio fue la *conducta verbal de la terapeuta* especificada en ocho categorías correspondientes a las definidas y operativizadas en el *Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta* (SISC-CVT; Froján, Calero, Montaña y Garzón, 2006) utilizado para el análisis y registro de las grabaciones. Dicho sistema de categorización fue construido por tres observadores independientes expertos en terapia de conducta y psicología del aprendizaje. El proceso de elaboración y depuración del código de observación pasó por distintas fases que comprendieron desde la observación informal de la conducta, a la observación sistemática del comportamiento verbal del psicólogo atendiendo al posible valor funcional que diversas morfologías podrían poseer (Froján et al., 2008).

Los distintos análisis de la concordancia inter e intrajueces en la aplicación del sistema de categorías mostraron índices de acuerdo kappa de Cohen entre .68 y .84 (Froján et al., 2008), coeficientes que indican un grado de acuerdo entre “bueno” y “excelente” (Bakeman, 2000; Fleiss, 1981; Landis y Koch, 1977), y que se asocian a un valor de precisión teórica de los observadores entre un 87% y un 93% según el trabajo de Bakeman, Quera, McArthur and Robinson (1997).

¹ Este proyecto de investigación fue aprobado por la Comisión Ética de Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid (España).

Aunque por razones de espacio no es posible incluir aquí todos los criterios de categorización que conforman el SISC-CVT (Froján et al., 2006), a continuación se presenta la definición general de cada una de las categorías incluidas en dicho sistema de codificación (las *categorías evento* se refieren a aquellas en las que la conducta verbal del terapeuta es registrada atendiendo a su ocurrencia, mientras que las *categorías estado* codifican verbalizaciones atendiendo a su duración):

- *Morfología discriminativa: (Categoría evento).* Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del cliente (verbal o no) que va seguida de reforzamiento o castigo.
- *Morfología de refuerzo: (Categoría evento).* Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación, de la conducta emitida por el cliente.
- *Morfología de castigo: (Categoría evento).* Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el cliente y/o que interrumpe ésta aunque sin presentar ningún matiz que indique aprobación, acuerdo o aceptación.
- *Morfología evocadora: (Categoría evento).* Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o no.
- *Morfología motivadora: (Categoría estado).* Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta.
- *Morfología motivadora: (Categoría estado).* Verbalizaciones del terapeuta que anticipa los efectos positivos o negativos que la actuación del cliente (mencionada dicha actuación o no de forma explícita en la verbalización del terapeuta) tendrá, está teniendo o ha tenido sobre el cambio clínico.
- *Morfología instruccional: (Categoría estado).* Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta futura del cliente fuera del contexto clínico. No se han de mencionar las consecuencias explícitamente pero sí han de describirse los pasos de la actuación que se trata de favorecer.
- *Otras morfologías: (Categoría evento).* Cual-

quier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores.

Las sesiones fueron grabadas utilizando un circuito cerrado de cámaras ya existente en el centro colaborador. La imagen, captada por una cámara empotrada en una de las esquinas de la pared situada en frente de la terapeuta y a espaldas de la cliente, era posteriormente transformada al formato de vídeo requerido por el software utilizado para la observación y registro de las grabaciones: *The Observer® XT 6.0* (Noldus Information Technology). La versión 7.0 de dicho software fue la empleada para el cálculo de la concordancia inter e intra observadores que se realizó de forma periódica para revisar la precisión de los registros.

Procedimiento

El consentimiento informado del centro colaborador, la terapeuta y la cliente para realizar las grabaciones del caso estudiado se obtuvo antes del inicio de la primera sesión. Las grabaciones fueron analizadas por una observadora entrenada en el uso y aplicación del SISC-CVT con la ayuda del programa informático *The Observer® XT 6.0*. La revisión periódica del grado de acuerdo interjueces se llevó a cabo comparando 4 registros elegidos al azar de la observadora 1 con los realizados por una segunda observadora también entrenada en la aplicación del SISC-CVT y el uso de *The Observer® XT*. Con el objetivo de comprobar la consistencia en la categorización de la observadora 1, se compararon los registros de una misma sesión realizados por dicha juez al inicio y al final de la observación del caso completo. Los resultados de estas comparaciones mostraron coeficientes kappa de Cohen de .64, .68, .76 y .77 (ventana de tolerancia de 1 segundo) al hacer las comparaciones entre observadores, y un índice $k = .76$ (ventana de tolerancia de 1 segundo) en el análisis de la concordancia intrajuez, lo que nos lleva a concluir que el grado de precisión en la categorización se mantuvo en un nivel adecuado.

Las representaciones gráficas de los registros correspondientes a cada sesión clínica se obtuvieron con la ayuda del software *The Observer® XT 6.0*. La

división de cada gráfica en distintos tipos de actividades clínicas como la evaluación, el debate de ideas desadaptativas o la propuesta de tareas, fue consensuada por las observadoras 1 y 2 a partir de los cambios en los contenidos clínicos identificados durante el visionado de las grabaciones. Por último, se procedió a realizar un análisis descriptivo de los registros tal y como se muestra a continuación.

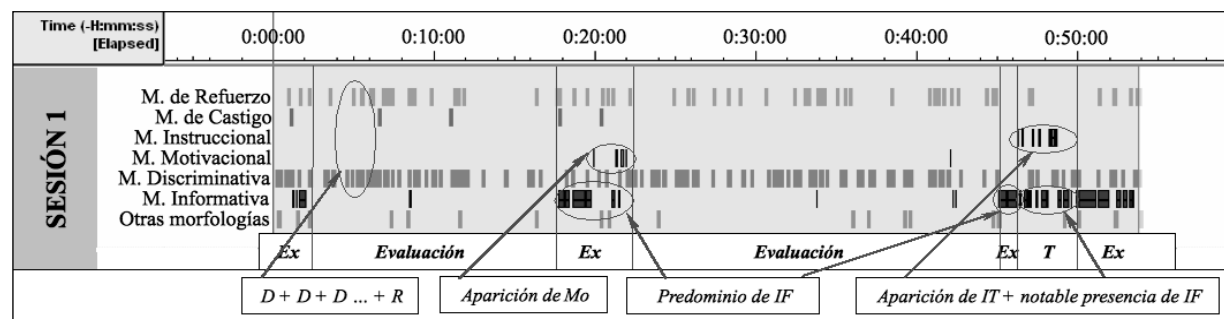
Resultados

Sesión 1

La Figura 1 muestra cómo se distribuyen las categorías registradas durante la observación de la primera sesión temporalmente y atendiendo al contenido clínico de la sesión. Las principales actividades llevadas a cabo en esta primera cita fueron (a) recogida de información o evaluación (repetición del esquema *Morfología discriminativa + Morfología discriminativa + ... + Morfología de refuerzo*), (b) explicación del modelo de trabajo del terapeuta y ajuste de expectativas del cliente (predominio de la *Morfología informativa* y presentación de algunas verbalizaciones categorizadas como *Morfología motivadora*), y (c) propuesta de tareas a realizar por el cliente fuera de sesión (aparición de la *Morfología instruccional* junto a una amplia presencia de la *Morfología informativa*).

sesión, las tareas propuestas en la sesión anterior y el problema por el que consulta la cliente. Estos momentos de evaluación se caracterizan por la repetición de la secuencia *Morfología discriminativa + Morfología discriminativa + ... + Morfología de refuerzo*, junto a la aparición de breves verbalizaciones categorizadas como *Morfología informativa* en aquellos fragmentos de sesión en los que la terapeuta trata de aclarar alguna cuestión planteada por la cliente y/o explicar parte de su comportamiento. Los periodos dedicados a presentar algunas hipótesis sobre las causas de los problemas de la cliente y a señalar posibles estrategias de cambio se caracterizan también por una notable presencia de la *Morfología informativa*. El registro de la categoría *Morfología instruccional* se concentra en los fragmentos dedicados a la propuesta de tareas a realizar fuera de la clínica, mientras que la categoría *Morfología motivadora* se presenta puntualmente en este momento y durante la explicación de las posibles estrategias de solución del problema. Es destacable la identificación de una verbalización categorizada como *Morfología evocadora* mientras la terapeuta explica algunos de los factores responsables de las dificultades existentes en la relación de pareja de la cliente. Los momentos de inicio y fin de la sesión, por su parte, se caracterizaron por tratar temáticas poco relevantes desde el punto de vista terapéutico (por ejemplo, el destino elegido por la cliente para pasar las vacaciones de Semana Santa o

Figura 1. Primera sesión



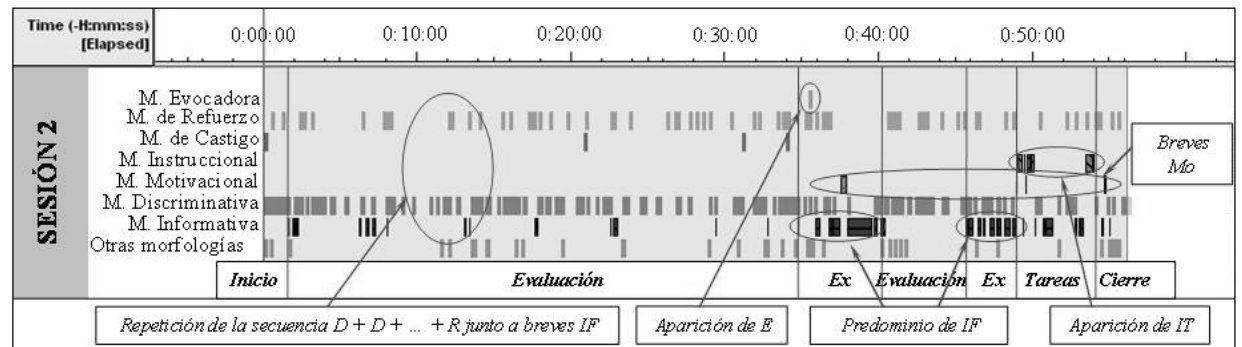
D = Morfología discriminativa; Ex = Explicación; IF = Morfología informativa; IT = Morfología instruccional; M = Morfología; Mo = Morfología motivadora; R = Morfología de refuerzo; T = Tareas.

Sesión 2

La segunda sesión se dedicó, fundamentalmente, a la recogida de información sobre el periodo inter-

el buen tiempo que hacía ese día), y el registro de múltiples secuencias del tipo *Morfología discriminativa + Morfología discriminativa + ... + Morfología de refuerzo* junto a una elevada tasa de

Figura 2. Segunda sesión



D = Morfología discriminativa; E = Morfología evocadora; Ex = Explicación; IF = Morfología informativa; IT = Morfología instruccional; M = Morfología; Mo = Morfología motivadora; R = Morfología de refuerzo.

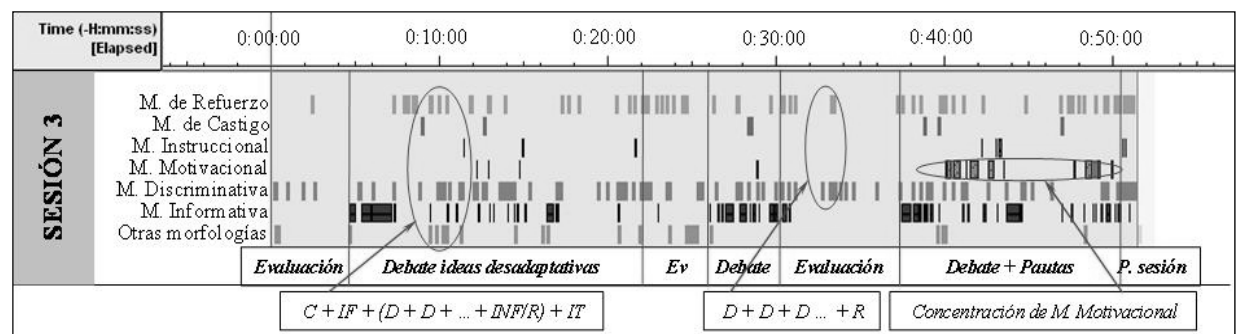
verbalizaciones codificadas dentro de la categoría *Otras morfológicas*.

Sesión 3

La tercera sesión, aunque fue considerada de evaluación por la propia terapeuta, se dedicó en gran medida al debate de algunas ideas desadaptativas mostradas por la cliente a raíz de un problema familiar ocurrido durante la semana previa a la sesión. En esta sesión (véase Figura 3) encontramos fragmentos dedicados fundamentalmente a la evaluación del periodo intersesión donde se repite la secuencia *Morfología discriminativa + Morfología discriminativa + ... + Morfología de Refuerzo* identificada en las sesiones anteriores. Por su parte, los tiempos de sesión dedicados al debate de verbalizaciones disfuncionales se caracterizan por la aparición de sucesivas verbalizaciones de la terapeuta categorizadas como *Morfología discriminativa* (cuestionamiento

socrático), entre las que se presentan diversas emisiones codificadas como *Morfología informativa* (visiones alternativas a las de la cliente) y/o *Morfología de refuerzo* (aprobación de verbalizaciones de la cliente próximas a dichas visiones alternativas planteadas por la terapeuta). Estas secuencias, en ocasiones, van precedidas de una muestra clara de desaprobación (*Morfología de castigo*) junto a una explicación del motivo de dicho rechazo (*Morfología informativa*) tras la emisión, por parte de la cliente, de una verbalización desadaptativa. El proceso de debate mencionado puede aparecer "salpicado" de conductas codificadas como *Otras morfológicas* (fundamentalmente, verbalizaciones interrumpidas por la cliente durante la disputa) y finalizado con la emisión de pautas que señalan cómo actuar fuera de sesión (*Morfología instruccional*). En esta tercera sesión, además, la cliente plantea dudas concretas sobre cómo abordar un tema conflictivo en su relación de pareja, cuestión que la terapeuta maneja señalando algunas indicaciones sobre

Figura 3. Tercera sesión



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

cómo actuar fuera del contexto clínico (*Morfología motivadora*, principalmente), y debatiendo algunas ideas desadaptativas. El tiempo dedicado a concretar las características de la próxima sesión así como las tareas a realizar hasta la siguiente cita, es breve y se caracteriza por la presencia de cortas verbalizaciones codificadas como *Morfología instruccional* y *Morfología informativa*, junto a diversas emisiones registradas como *Morfología discriminativa* y *Morfología de refuerzo*.

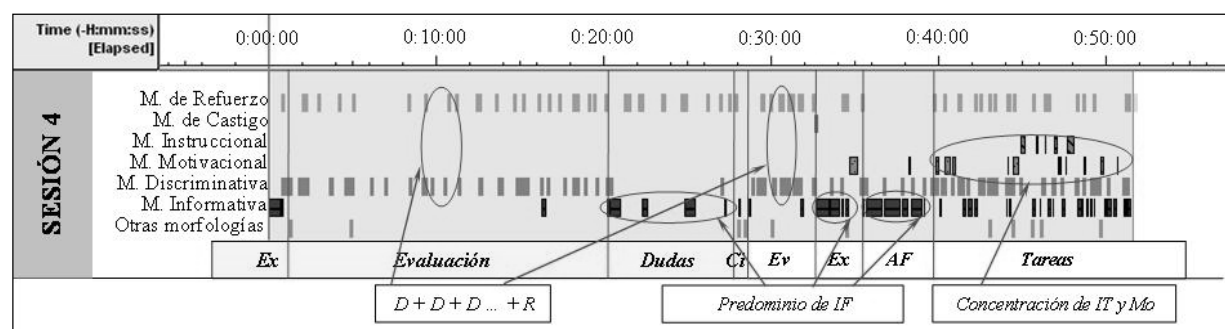
Sesión 4

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

Sesión 5

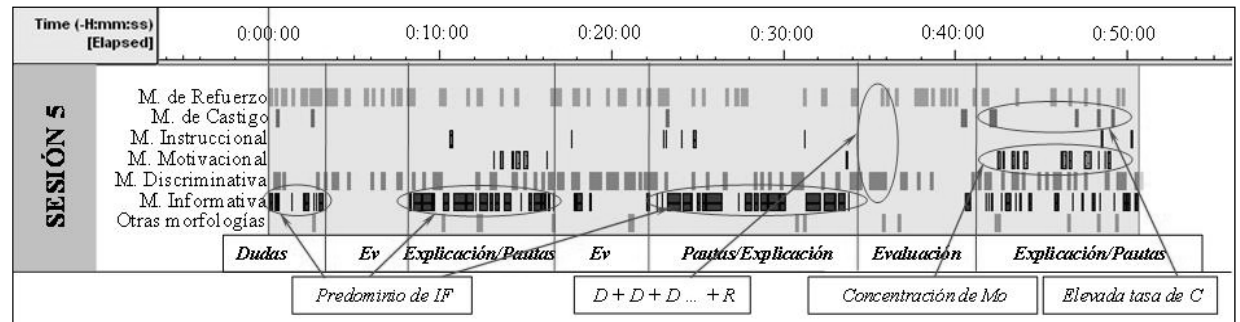
En la quinta sesión encontramos (a) diversos momentos dedicados a la evaluación del periodo intersesión y, fundamentalmente, de los cambios generados por la cliente en su vida a partir de las pautas dadas por la terapeuta en la sesión anterior, y (b) momentos dedicados a la aclaración de dudas planteadas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

Figura 4. Cuarta sesión



AF = Explicación del análisis funcional; Ci = cierre o despedida; D = Morfología discriminativa; Ex = Explicación; Ev = Evaluación; IF = Morfología informativa; IT = Morfología instruccional; M = Morfología; Mo = Morfología motivadora; R = Morfología de refuerzo. (La parte sombreada del recuadro inferior - Ex + Evaluación + Dudas + Ci - se refiere al fragmento de sesión en la que la terapeuta entrevistó a la pareja de la cliente. La parte blanca, la de la derecha - Ev + Ex + AF + Tareas - alude al tiempo de sesión en el que se trabajó directamente con la cliente).

Figura 5. Quinta sesión



C = Morfología de castigo; D = Morfología discriminativa; Ev = Evaluación; IF = Morfología informativa; M = Morfología; Mo = Morfología motivadora; R = Morfología de refuerzo.

Sesión 6

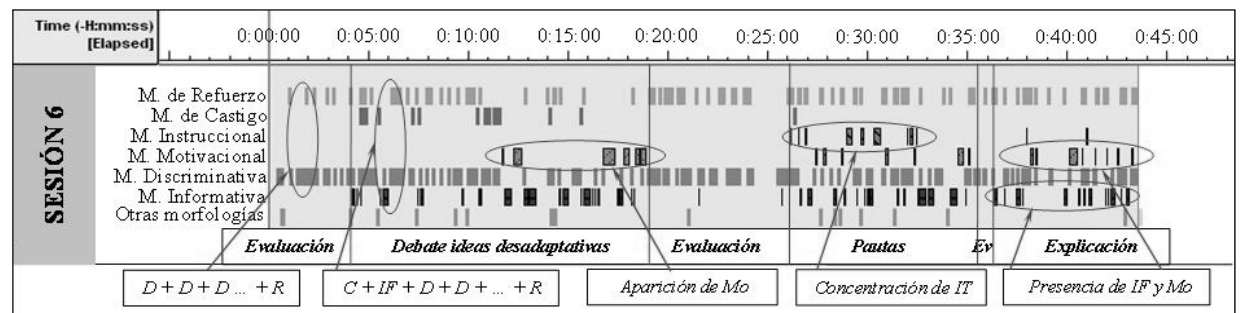
En la sexta sesión podemos diferenciar (ver Figura 6): (a) periodos de evaluación (repetición de la cadena *Morfología discriminativa + Morfología discriminativa +...+ Morfología de refuerzo*); (b) debate de ideas desadaptativas (durante el cuestionamiento socrático se aprecia una elevada presencia de la categoría *Morfología de castigo* seguida de breves verbalizaciones codificadas como *Morfología informativa* y repeticiones de la secuencia *Morfología discriminativa + Morfología discriminativa +...+ Morfología de refuerzo*; en la parte final del debate, por su parte, destaca la reducción de la tasa de *Morfología de castigo* y la aparición de verbalizaciones señalando los beneficios asociados al cambio cognitivo categorizadas como *Morfología motivadora*); (c) presentación de pautas de actuación de la cliente fuera del contexto clínico (concentración de la mayoría de las verbalizaciones registradas como *Morfología instruccional*); y (d) repaso de los objetivos terapéuticos y de las estrategias que se

irán utilizando para la consecución de los mismos (notable presencia de las categorías *Morfología informativa* y *Morfología motivadora*).

Sesión 7

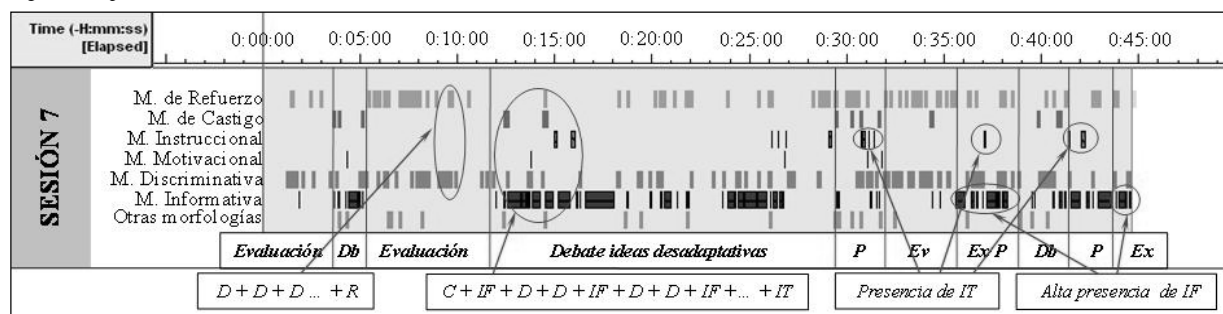
La evaluación del tiempo transcurrido desde la cita anterior se asocia también en esta séptima sesión a fragmentos de registro donde prevalecen las categorías *Morfología discriminativa* y *Morfología de refuerzo* (ver Figura 7). En esta sesión aparecen, además, periodos de debate de ideas desadaptativas y/o irracionales donde parece posible identificar un patrón particular de distribución de categorías: el inicio del debate de varias ideas comienza con el desacuerdo o rechazo de una verbalización de la cliente (*Morfología de castigo*) seguido de la explicación del motivo o la naturaleza de dicho desacuerdo (*Morfología informativa*); a partir de aquí, se suceden toda una serie de preguntas-respuestas y verbalizaciones alternativas a las

Figura 6. Sexta sesión



C = Morfología de castigo; D = Morfología discriminativa; Ev = Evaluación; IF = Morfología informativa; IT = Morfología instruccional; M = Morfología; Mo = Morfología motivadora; R = Morfología de refuerzo.

Figura 7. Séptima sesión



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

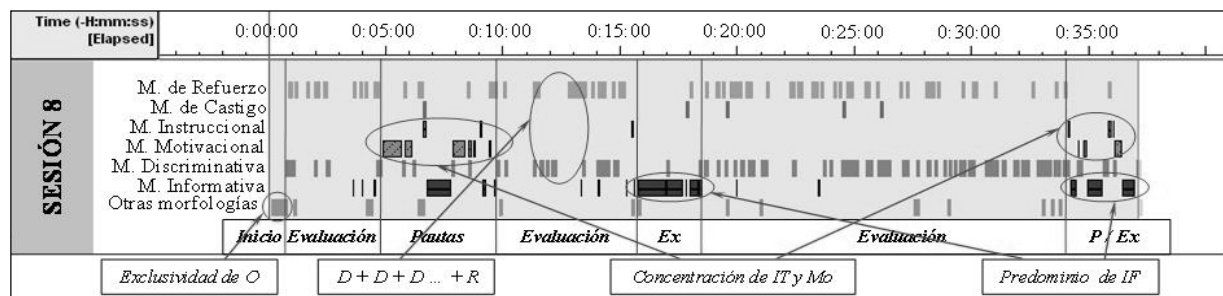
presentadas por la cliente que tratan de cuestionar la cognición disfuncional identificada (repetición de la secuencia *Morfología discriminativa + Morfología discriminativa + ... + Morfología informativa*), para, finalmente, presentar algunas pautas de actuación a realizar por la cliente en su contexto natural como consecuencia de o para lograr el cambio cognitivo deseado (*Morfología instruccional*). Al margen de estos debates, parecen existir tiempos dedicados exclusivamente a la presentación de pautas de actuación fuera de consulta para promover cambios en la vida de la cliente. En concreto, en esta sesión se aborda un problema de onicofagia que la terapeuta identifica en sesión (elevada tasa de verbalizaciones categorizadas como *Morfología de castigo*, presencia de *Morfología instruccional*); para pasar, posteriormente, a trabajar sobre las dificultades en la relación de pareja por las que consulta la cliente (presencia de las categorías *Morfología instruccional* y *Morfología informativa*). Por último, la terapeuta también dedica tiempos de esta séptima sesión a explicar diversos aspectos relacionados con el futuro de la intervención donde prevalecen las

verbalizaciones codificadas como *Morfología informativa*.

Sesión 8

La mayor parte de la octava sesión se dedicó a la evaluación de los cambios producidos por la aplicación de las pautas de actuación propuestas, así como del grado en el que la cliente se daba cuenta de dichos cambios y los valoraba. Las categorías que prevalecen aquí son la *Morfología discriminativa* y la *Morfología de refuerzo* (ver Figura 8). La concentración de la mayoría de las verbalizaciones categorizadas como *Morfología motivadora* y *Morfología instruccional* se da con la propuesta de nuevas pautas de comportamiento. Los fragmentos de sesión dedicados a la explicación del modo en el que se pretende continuar la terapia agrupa la mayor parte de las verbalizaciones codificadas como *Morfología informativa*. Por último, cabe llamar la atención sobre el inicio del registro observacional que refleja la conversación completamente extra-terapéutica

Figura 8. Octava sesión



C = Morfología de castigo; D = Morfología discriminativa; Ex = Explicación; IF = Morfología informativa; IT = Morfología instruccional; M = Morfología; Mo = Morfología motivadora; O = Otras morfológicas; P = Pautas; R = Morfología de refuerzo.

que mantienen terapeuta y cliente acerca de los graves problemas de voz de ésta (presencia exclusiva de la categoría *Otras morfologías*).

Sesión 9

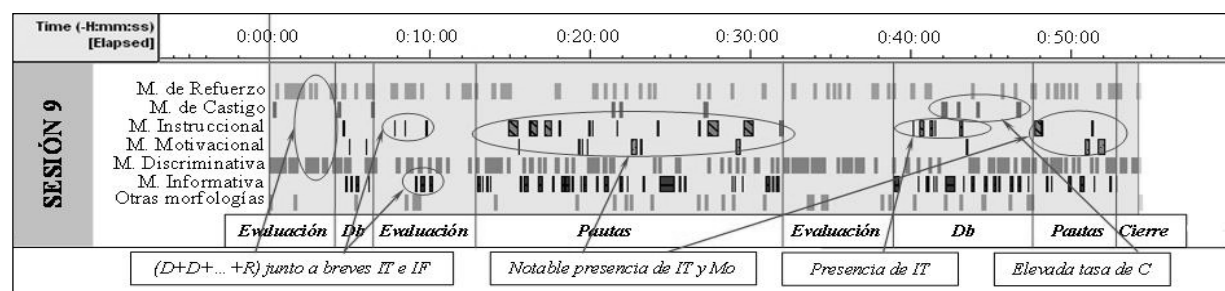
La penúltima sesión puede dividirse en (véase Figura 9): (a) segmentos de evaluación del periodo transcurrido desde la última sesión (repetición de la secuencia *Morfología discriminativa* + *Morfología discriminativa* + ... + *Morfología de refuerzo*); en ocasiones esta evaluación se intercala con breves verbalizaciones señalando modos apropiados de actuar fuera de la clínica (*Morfología instruccional*) y/o valorando los cambios referidos por la cliente (*Morfología informativa*); (b) fragmentos de sesión centrados en el debate de algunas ideas desadaptativas donde encontramos una tasa elevada de *Morfología de castigo* junto a la intercalación de breves verbalizaciones categorizadas como *Morfología informativa* y *Morfología instruccional* entre la cadena de conductas codificadas como

Morfología discriminativa durante el cuestionamiento socrático; (c) el tiempo de sesión dedicado a la exposición de las pautas de actuación a seguir incorporando fuera del contexto clínico parece, por su parte, concentrar una gran parte de las verbalizaciones categorizadas como *Morfología instruccional* y, sobre todo, como *Morfología motivadora*; por último, (d) el final de la sesión, caracterizado por una conversación intrascendente, presenta nuevamente la cadena *Morfología discriminativa* + *Morfología discriminativa* + *Morfología discriminativa* + ... + *Morfología de refuerzo*.

Sesión 10

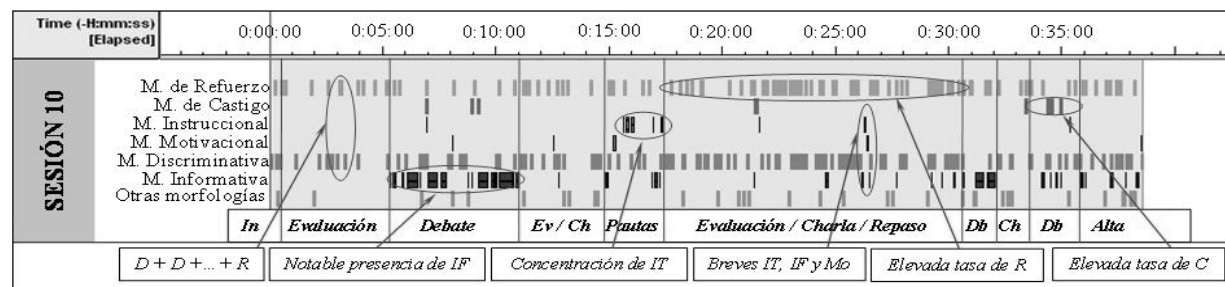
En la última sesión (véase Figura 10) predomina el tiempo de sesión dedicado a la evaluación, fundamentalmente de los logros conseguidos por la cliente, junto a una conversación sin un valor terapéutico claro (lo que se ha venido en denominar “charla”; por ejemplo, dónde pasará las vacaciones la cliente junto a su pareja o una conversación trivial al inicio

Figura 9. Novena sesión



C = Morfología de castigo; D = Morfología discriminativa; Db = Debate de ideas desadaptativas; Ex = Explicación; IF = Morfología informativa; IT = Morfología instruccional; M = Morfología; Mo = Morfología motivadora; R = Morfología de refuerzo.

Figura 10. Décima sesión



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

de la sesión). Estos fragmentos, caracterizados por la repetición de secuencias *Morfología discriminativa* + *Morfología discriminativa* + ... + *Morfología de refuerzo*, presentan, además, breves emisiones codificadas como *Morfología informativa*, *Morfología motivadora* y/o *Morfología instruccional* a medida que se repasan las estrategias de intervención utilizadas hasta ese momento. Una alta tasa de *Morfología de refuerzo* se aprecia, además, durante la evaluación de los cambios y mejoras referidos por la cliente. Por otra parte, todavía encontramos en esta última sesión fragmentos de debate de algunas ideas desadaptativas. Estos segmentos concentran la mayoría de las categorías *Morfología de castigo* registradas, así como una elevada presencia de la *Morfología informativa*, si bien apenas tienen peso aquí las categorías *Morfología instruccional* (concentrada, fundamentalmente, en el tiempo de sesión dedicado a la exposición de nuevas pautas de actuación) y *Morfología motivadora*. Por último, el fin de esta décima sesión se caracteriza por la presencia de múltiples verbalizaciones codificadas como *Morfología discriminativa* y *Morfología de refuerzo* junto a diversas emisiones verbales categorizadas como *Morfología informativa* donde la terapeuta explica a la cliente el modo en el que pueden seguir en contacto una vez concluida la intervención psicológica (vía correo electrónico).

Discusión

Si atendemos a la división que tradicionalmente se ha hecho de las intervenciones terapéuticas, especialmente conductuales, en las fases de *evaluación*, *tratamiento* y *consolidación del cambio* o *seguimiento* (por ejemplo, Ninness, Glenn y Ellis, 1993; Turkat, 1985), podríamos decir que el caso analizado es un caso “típico”. Así, nos encontramos con unas primeras sesiones de evaluación que se extienden hasta la cuarta sesión, momento en el que se produce la transición a la fase de tratamiento tras la explicación del análisis funcional. Es a partir de entonces cuando comienza la fase de tratamiento propiamente dicha con sesiones cada vez más espaciadas en el tiempo. La fase de seguimiento, por su parte, es la que queda más desdibujada en el caso

analizado ya que, a pesar del distanciamiento entre sesiones, la propuesta de nuevas pautas de actuación no deja de presentarse en ninguna de ellas tratando de provocar nuevos cambios en el contexto natural de la cliente y no simplemente consolidar los logros alcanzados hasta entonces. Es posible que la ausencia de un seguimiento claro tenga que ver con el hecho de que nos encontramos ante un caso tratado en la clínica privada donde el coste económico de las sesiones favorece la finalización temprana de las intervenciones así como los seguimientos cortos y a través de vías de contacto como la comunicación telefónica o el correo electrónico.

Independientemente de la facilidad para diferenciar las fases mencionadas, el verdadero interés del análisis realizado radica en que permite estudiar cómo se desarrolla el proceso terapéutico momento a momento en un caso concreto y en relación a la posible función de la conducta verbal de la terapeuta. Si atendemos a los registros observacionales obtenidos, vemos que en las primeras sesiones dirigidas, fundamentalmente, a la evaluación del problema de la cliente predomina la repetición de la secuencia *Morfología discriminativa* + *Morfología discriminativa* + *Morfología de refuerzo*, excepto en aquellos momentos en los que se trata de explicar el modelo de trabajo, ajustar expectativas de la cliente o proponer tareas a realizar fuera del contexto clínico, momentos éstos en los que verbalizaciones codificadas como *Morfología informativa*, *Morfología motivadora* y *Morfología instruccional* parecen tener un peso mayor. A medida que la terapia avanza y finaliza la fase de evaluación, la prevalencia de las categorías *Morfología discriminativa* y *Morfología de refuerzo* va cediendo terreno al resto de categorías que comienzan a hacerse más presentes a excepción de la categoría *Morfología evocadora* identificada en tan sólo una ocasión.

Los motivos que podrían explicar la ausencia de esta categoría son múltiples incluyendo tanto razones metodológicas (tal vez el sistema de categorización utilizado no permite identificar con claridad este tipo de comportamientos verbales de la terapeuta; quizá el hecho de que la cámara sólo enfoque el rostro de la psicóloga impide apreciar posibles reacciones emocionales que pudieran tener lugar en la

cliente; o, tal vez, la naturaleza encubierta de dichas respuestas dificulta la observación de las mismas por parte de un juez externo), como teóricas (quizá los procesos de condicionamiento clásico que hipotetizamos se encuentran detrás de la aparición de la categoría *Morfología evocadora* son poco importantes en comparación con el papel que desempeñan los mecanismos operantes en la interacción clínica).

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

Teniendo en cuenta esta consideración, los resultados hallados en este estudio nos permitirían diferenciar cuatro tipos de actividades desarrolladas a lo largo de este proceso terapéutico. La primera de ellas se refiere a la *evaluación* o recogida de información. Esta actividad, presente en todas las sesiones del caso analizado, puede variar en su contenido (recogida de información sobre el problema, evaluación de las dificultades y cambios con la implementación del tratamiento, comprobación de que la cliente valora sus progresos), pero apenas lo hace en el tipo de categorías registradas durante la misma (*Morfología discriminativa* y *Morfología de refuerzo*, principalmente). Aunque somos conscientes de que no podemos hablar de funcionalidad de la conducta verbal de los terapeutas desde el nivel de análisis puramente morfológico en el que nos encontramos, consideramos que este resultado sería teóricamente compatible con el planteamiento de aquellos

autores que han concebido la entrevista terapéutica como un proceso de moldeamiento de la conducta del cliente (véase, por ejemplo, Callaghan, Naugle y Follette, 1996; Rosenfarb, 1992).

Además de la evaluación, podemos identificar tiempos de sesión cuya actividad predominante es la *explicación* de algunas cuestiones clínicamente relevantes como lo son el modelo de trabajo de la terapeuta, el análisis funcional, la propuesta de tratamiento o la organización de la terapia. Los registros de los fragmentos de sesión dedicados a esta actividad se caracterizan por la inclusión de verbalizaciones categorizadas como *Morfología informativa* y, en menor medida, *Morfología motivadora*.

La *propuesta de tareas y pautas de actuación a realizar fuera de sesión* constituiría un tercer tipo de actividad. Estos fragmentos de sesión concentrarían la mayor parte de las verbalizaciones codificadas como *Morfología instruccional*, además de contar con una elevada presencia de emisiones verbales categorizadas como *Morfología informativa* y *motivadora*.

Finalmente, encontramos un cuarto tipo diferenciado de actividad clínica que tiene que ver con la aplicación de técnicas de intervención psicológica *en sesión*, en este caso, el *debate de ideas desadaptativas* o reestructuración cognitiva. Dicho debate tiende a caracterizarse, especialmente en las primeras sesiones en las que aparece, por una tasa elevada de la categoría *Morfología de castigo* (desacuerdo, rechazo de ciertas verbalizaciones emitidas por la cliente) junto a repetidas emisiones codificadas como *Morfología discriminativa* (especialmente durante el cuestionamiento socrático) y breves verbalizaciones registradas como *Morfología informativa* (planteamiento de visiones alternativas y contraargumentos ante la idea a modificar). El fin de esta disputa, en cambio, tiende a identificarse con la aparición de verbalizaciones categorizadas como *Morfología de refuerzo* (muestran acuerdo con la emisión de la cliente que señala el cambio cognitivo), *Morfología motivadora* (destacan los beneficios de dicho cambio cognitivo y/o de los comportamientos asociados a la cognición modificada), y/o *Morfología instruccional* (proponen formas concretas de actuar en el contexto natural de la cliente). Esta forma de categorizar el comporta-

miento verbal de la terapeuta durante el debate es menos cercana a la concepción clásica de los teóricos del enfoque cognitivo y mucho más coherente con la interpretación de la reestructuración cognitiva como un procedimiento mediante el cual el terapeuta cuestiona las creencias erróneas del cliente obligando a éste a defenderlas, algo que resultaría castigante para la persona en tratamiento (Poppen, 1989), al mismo tiempo que refuerza, moldea y modela verbalizaciones más adaptativas (Froján-Parga, Calero-Elvira y Montaña-Fidalgo, 2008; Martin y Pear, 2007).

Además de estos cuatro tipos de actividades mencionados, un quinto elemento podría ser añadido: la conversación o *charla* trivial (con escaso valor clínico, si se prefiere) identificada en algunos momentos de la intervención psicológica analizada (fragmentos iniciales y/o finales de algunas sesiones y algunos periodos de la última sesión de tratamiento). Estos momentos de terapia, caracterizados por una elevada presencia de las categorías *Morfología discriminativa*, *Morfología de refuerzo* y, en ocasiones, *Otras morfologías*, serían coherentes con la visión funcional de cualquier interacción social entendida como un proceso de encadenamiento donde la emisión de cada uno de los interlocutores sería, a la vez, estímulo discriminativo de la nueva emisión del otro interlocutor y estímulo reforzador de la verbalización anterior (Froján, Montaña y Calero, 2007).

Obviamente, pretender obtener la *radiografía* completa del proceso terapéutico, llegar a identificar los elementos antecedentes y consecuentes que controlan la conducta que se produce en sesión tal y como Day trató de hacer en la década de los 80, implica mucho más que el análisis de la conducta verbal de un solo terapeuta para un único caso. Llegar a comprender cómo se desarrolla la interacción entre terapeutas y clientes así como las relaciones funcionales y procesos de aprendizaje que subyacen a la misma precisa del análisis no sólo de la conducta verbal (y no verbal) del clínico sino también, y al mismo tiempo, del comportamiento del cliente al que sigue y antecede. No podemos determinar si lo que nosotros categorizamos como *Función de refuerzo*, por ejemplo, realmente *refuerza* a la conducta a la que sigue sin incorporar ésta a

nuestro análisis y sin utilizar procedimientos estadísticos que nos permitan poner en relación los comportamientos de psicólogos y clientes tal y como han hecho anteriormente algunos autores (Borckardt et al., 2008; Eide, Quera, Graugaard y Finset, 2004; Follette, Naugle y Callaghan, 1996). Aún así, no deja de ser relevante encontrar que determinadas verbalizaciones que aprueban, felicitan o destacan un determinado comportamiento del cliente se producen con cierta regularidad y asociadas a la aparición de otro tipo de verbalizaciones a las que igualmente se les puede atribuir una posible funcionalidad.

En definitiva, no podemos extraer conclusiones determinantes y generalizables de este estudio pero creemos que un trabajo como el aquí presentado permite desmenuzar una parte importante del proceso terapéutico en modificación de conducta que, si bien deberá completarse con nuevos análisis, sin duda es un primer paso para mejorar la comprensión del fenómeno clínico así como para reducir la distancia que separa la investigación de la práctica clínica en la línea señalada recientemente en nuestra disciplina (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Kazdin, 2008; Thorn, 2007) y que, en boca de Carpintero, es fundamental para reforzar y capacitar a nuestra psicología en la asunción de nuevos retos (González, 2008).

El análisis de lo que sucede en el contexto clínico real permitiría formular un primer modelo descriptivo de actuación terapéutica caracterizado por una serie de actividades clínicas (evaluación, explicación, propuesta de tareas y pautas de actuación fuera de sesión, debate de ideas y charla intrascendente) cuya presencia en sesión variaría a lo largo del proceso terapéutico de acuerdo con los objetivos que fuera relevante ir abordando. Dichas actividades se asociarían a determinadas configuraciones de posibles funciones de la conducta verbal del psicólogo lo cual podría tomarse en consideración para la generación de hipótesis que guiasen futuras investigaciones con una muestra más amplia de casos. ¿Es la frecuencia de verbalizaciones codificadas como *Morfología discriminativa* la característica diferenciadora de los registros de las sesiones dedicadas a la recogida de información? ¿Constituye el tiempo de sesión dedicado a la *Morfología informativa* la

variable que permite distinguir las sesiones de explicación del análisis funcional del resto de sesiones de terapia? ¿Es la mayor proporción de tiempo dedicado a emitir verbalizaciones categorizadas como *Morfología instruccional* lo característico de las fases de tratamiento? ¿Existen diferencias entre casos "con éxito" y "fracasos terapéuticos" en la frecuencia, duración y/o momento de la intervención en el que aparecen determinadas categorías o topografías de conducta? Sin duda la respuesta a cuestio-

nes como éstas no sólo permitirá ampliar nuestro conocimiento del fenómeno clínico, sino que además nos acercará a la propuesta de formas de actuación clínica más eficientes. Además, y desde un punto de vista formativo, el desarrollo de instrumentos que nos permitan observar y analizar la actuación de los terapeutas en la línea señalada por Barraca (2009) será fundamental para capacitar a nuestros clínicos de hoy y mañana en su ejercicio profesional.

Extended Summary

In its beginnings, behavior therapy needed to compete with other existing clinical models. This climate encouraged outcome research while the effects of molecular clinical processes were neglected. The work developed by W. Day and his team at the University of Nevada may have been one of the first attempts to analyze in-session processes from a behavior-analytic standpoint. The so-called 'Reno Methodology' analyzed transcripts of real clinical sessions in order to identify antecedent and consequent stimuli to verbal behavior. This study is an attempt to take up Day's approach with the aid of new tools. The verbal behavior of a therapist was coded, taking into account the likely functional role of its topography according to classic and operant conditioning frameworks. All sessions of a real clinical case were analyzed. As we present the basic operating features of this methodology, we are very much aware that future elaborations may be required. However, this approach could lead to future lines of inquiry that would eventually improve our understanding of clinical phenomena and help us to design more efficient psychological treatment.

Method

Participants

The case of a 32-year old women seeking couple therapy was recorded and analyzed. The therapist was a 44-year old woman with a long background in behavior therapy. The first three sessions were devoted to assessment. In the fourth session the

client was confronted with the functional analysis of her behavior problems. Next, the therapist presented a description of the intervention plan. During the next sessions, the treatment plan was implemented. Intervention was discontinued when treatment goals were fully met.

Variables and instruments

The eight observation codes of the Therapists' Verbal Behavior Category System (SISC-CVT) were used to register the therapist's verbal behavior.: (a) Discriminative Topography (DT): verbalization prompting client behavior that would be followed by the presentation of reinforcing or punishing stimuli by the therapist; (b) Reinforcement Topography (RT): verbalization denoting agreement, approval or acceptance of client's behavior; (c) Punishment Topography (PT): verbalization denoting disapproval, refusal or lack of acceptance of client's behavior; (d) Evocative Topography (ET): verbalization that elicits an overt emotional response with eventual accompanying verbalizations in the client; (e) Informative Topography (IfT): therapist verbalization conveying technical or clinical information; (f) Motivational Topography (MT): verbalization anticipating the positive or negative effect of a client's behavior towards a clinical goal; (g) Instructional Topography (ItT): verbalization prompting client behavior change outside the clinical setting; and (h) Other Topography (OT): therapist's verbalization not included in the categories above. The behavioral dimensions were: number of occurrences (DT, RT, PT, ET, OT), and duration

(MT, IfT, ItT). In the original validation study, inter-rater agreement was found to be good or excellent (Cohen kappa, 0.68-0.84; observer accuracy 87-93%).

Sessions were videotaped with a steady camcorder located behind the client and directed towards the therapist. Observer XT 6.0 and 7.0 was used to assist observation, coding, graphing and for inter-rater and intra-rater agreement analyses.

Procedure

A trained observer coded TVB-CS categories aided by The Observer XT 6.0 software. Inter-rater agreement was obtained by randomly selecting four recordings that were also coded by a secondary trained observer. For testing intra-rater agreement, once all sessions were coded, the primary observer re-coded one of the sessions. Both inter-rater and intra-rater agreement estimates were within the range of standard criteria (Cohen kappa: 0.64-0.67, and 0.76, respectively). Clinical activities were established by the clinical judgment of two expert behavior therapist observers.

Results

Session 1

Prevalent clinical activities in this session were: (a) assessment (frequent sequences of DT-DT...RT), (b) the therapist gives details on the work plan and shapes realistic expectancies in the client (IfT prevails, some MT), and (c) description of homework for the intersession period (ItT, IfT).

Session 2

During the second session the therapist explored the reason for referral and assessed the intersession period (frequent sequences DT + DT + ... + RT). There were also utterances coded as IfT any time the therapist attempted to explain client behavior,

hypothesized about the client's relationship conflict or pointed out strategies for change. Again, there were instances of ItT with some MT when the therapist explained intersession homework. In addition, MT was also apparent when a behavior change strategy was described. There was an instance of ET in this session when the therapist suggested potential causes of the relationship conflict. Clinically irrelevant conversation was observed at the beginning and end of the session (sequences DT-DT...RT, 'Others' also frequent).

Session 3

Two circumstances altered the expected course of this session: the client's partner was scheduled for interview and did not turn up, and the client was emotionally distressed due to a recent family conflict. Thus, assessment was extended to the forth session in order to reschedule the client's partner. A significant part of the session was devoted to discussing the client's dysfunctional verbalizations associated to that event.

Discriminative Topography-DT...RT sequences were common when intersession period events and dysfunctional verbalizations were discussed. Scattered IfT codes were also present during Socratic debate, particularly when the therapist provided an alternative view to a topic being discussed. Reinforcement Topography was also coded on occasions when the therapist demonstrated approval of the client's verbalizations, particularly after verbalizations approaching alternative views suggested by the therapist. Discriminative Topography-DT...RT sequences were frequently preceded by clear signs of disapproval (PT) followed by the rationale for disagreement (IfT). In addition, the client's hesitation about how to act during conflict episodes with her partner prompted clinical advice from the therapist (mostly MT). The client's interruptions of dysfunctional thoughts debate were coded as 'Others.' There were also suggestions on how to behave outside session (ItT). Finally, some time was devoted to discussing the next session and the intersession assignments (ItT, IfT, and some DT-DT...RT sequences).

Session 4

There were three major activities during this session: (a) collection of information from the client and her partner through clinical interview (sequences DT-DT...RT); (b) providing clarifications on session organization, addressing client queries on aspects of the intervention, and commenting on the functional analysis (IfT prevails); and (c) discussion of intersession homework (ItT and MT, although lacking throughout the session gathered in this clinical activity).

Session 5

The following areas were covered during this session: (a) assessment of intersession period and client's compliance to the recommendations from the last session (sequences DT-DT...RT), (b) the therapist addresses the client's queries (IfT prevails). Towards the end of the session the therapist made suggestions about more adaptive everyday life behaviors (high rate of PT and MT highly present). Instructional Topography code was infrequent, only becoming apparent when specific daily-life recommendations were provided.

Session 6

Clinical activities and observation codes were distributed as follows. First, collation of information on the latest intersession period (sequences DT-DT...RT). Second, Socratic debate with a high PT rate, followed by brief instances of IfT and iterations of DT-DT...RT sequences towards the end of the debate. As noted before, the PT rate decreased significantly towards the end of the debate, while statements on the benefits of cognitive change, coded as MT, increased. There were also recommendations on strategies for improving the patient's everyday life (most ItT in this session gathered here). Finally, the therapist offered specific goals and strategies for their achievement (high rate of IfT and MT).

Session 7

Discriminative and Reinforcement Topography codes were prevalent during the revision of intersession activities. Again, topographical sequences associated with Socratic debate were evident: (a) therapist disagrees (PT), (b) therapist presents rationale for disagreement (IfT), (c) therapist presents alternative verbalizations challenging those of the client (sequences DT-DT...IfT), and (d) therapist presents action strategies to trigger behavior change in the client's daily life (ItT). At one point the therapist suggested eliminating the client's problem with nail biting (high rate of PT, some IfT). Later, the therapist addressed the client's difficulties with her partner (ItT and IfT). Finally, future aspects of the intervention were also discussed (IfT).

Session 8

At the beginning of the session there was some clinically irrelevant conversation coded as 'Others'. The therapist assessed behavior changes and the extent to which the client had realized and appreciated those changes (DT and RT). In addition, new behavior change strategies were offered (MT and ItT). Finally, the therapist described the next steps in the intervention plan (IfT).

Session 9

During the assessment of the intersession period, the therapist reviewed changes in the client's environment. Practical difficulties also arose in the therapeutic plan (sequences DT-DT...RT). In addition, the therapist commented briefly on how to behave appropriately in the client's natural environment (ItT) and prompted the client to appreciate the changes achieved so far (IfT). Other clinical activities during this session were: debate of specific maladaptive thoughts (PT with brief periods of IfT and ItT in between DT codes), presentation of behavior change strategies (MT, ItT), and clinically irrelevant conversation (sequences DT-DT...RT).

Session 10

Discriminative Topography-DT...RT sequences prevailed during the assessment of clinical achievements. There were also brief episodes of IfT and MT, and also ItT codes when intervention strategies for behavior change were revised. There was a high rate of RT when the client's achievements were reviewed. In addition, there was some debate of maladaptive thoughts with a high rate and duration of Punishment and Informative Topographies respectively, and lower duration of Instructional and Motivational Topography episodes, as observed earlier. Again, some clinically irrelevant conversation occurred (DT and RT). Towards the end of the session the therapist told the client how she should continue to keep in contact once the intervention was discontinued (DT, RT and some IfT).

Discussion

The primary contribution of this study is its session-by-session analysis of the therapeutic process, taking into account the potential functions of therapist verbal behavior. During the assessment sessions DT-DT...RT sequences prevailed, but not when the therapist went over the work plan, shaped realistic expectancies in the client or suggested intersession tasks (IfT, MT and ItT). As the intervention progressed, DT and RT faded away while every other code increased. However, it may be more appropriate to explain the distribution of verbal codes in terms of the particular momentary goals of the therapist and not in terms of regular therapeutic phases (assessment, intervention, follow-up).

With this in mind, four major activities were identified throughout the therapeutic process: assessment, explanation, behavior change strategies for daily life, and debate. Assessment was present throughout the whole process. Although the target of assessment varied, Discriminative and Reinforcement Topographies were consistently present during assessment. This finding, although grounded in descriptive evidence, is consistent with a conception of clinical interviewing as a shaping process. Informative Topography followed, to a

lesser extent, by MT, was a common verbal behavior code during 'explanation.' Most ItT codes occur during the presentation of 'homework and behavior change strategies for everyday life' while IfT and MT were also highly prevalent during this activity. 'Debate' may be described as in-session psychological techniques. Punishment, Discriminative and Informative Topographies were frequent during debate episodes in the first sessions. Punishment Topography was present in the therapist's disagreement with the client's verbalizations. Discriminative Topography tended to be particular to Socratic debate, while IfT emerged when the therapist presented alternative verbalizations challenging those of the client. The Reinforcement Topography category tended to be frequent at the end of a debate episode when cognitive change and agreement with the client's verbalization were achieved. Finally, the therapist's utterances pointing out the benefits of cognitive and behavioral change were coded as MT, while ItT was assigned when the therapist gave specific action strategies to be used by the client in her normal environment. The results above are consistent with a behavioral conceptualization of cognitive debate: punishment, reinforcement, shaping and modeling of adaptive verbalizations are likely to operate during cognitive debate. Finally, clinically irrelevant conversation was found during the beginning and end of some sessions. Discriminative and Reinforcement Topographies and the exclusion category ('Others') were recurrent here.

The authors are aware that identifying antecedent and consequent stimuli to in-session verbal behavior, as attempted by Day, may require a broader approach. However, this case study offers an initial descriptive model of therapist verbal behavior and the activities in which the therapist commonly engages. Therapeutic activities varied greatly according to the therapist's momentary goals and may be consistently associated to specific verbal behavior potential functions. This study provides the methodological underpinnings for a number of clinical hypotheses. Future studies addressing these and other questions may prove to be useful to understand clinical phenomena, to train new therapists and design more efficient interventions.

Referencias

- APA Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Bakeman, R. (2000). Behavioural observation and coding. En H.T. Reis, y C.M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 138-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bakeman, R., Quera, V., McArthur, D. y Robinson, B.F. (1997). Detecting sequential patterns and determining their reliability with fallible observers. *Psychological Methods*, 2(4), 357-370.
- Barraca, J. (2009). Habilidades clínicas en la terapia conductual de tercera generación. *Clínica y Salud*, 20, 109-117.
- Borkardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D. y O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research. A guide to case-based time-series analysis. *American Psychologist*, 63, 77-95.
- Breuer, J. y Freud, S. (1936). *Studies in hysteria*. Nueva York: Nervous y Mental Disease Publishing.
- Callaghan, G. M., Naugle, A. E. y Follette, W. C. (1996). Useful constructions of the client-therapist relationship. *Psychotherapy*, 33, 381-390.
- Callaghan, G. M., Summers, C. J., y Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical effectiveness using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 321-339.
- De Jongh, A., van den Oord, H. J. M., y ten Broeke, E. (2002). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of specific phobias: Four single-case studies on dental phobia. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1489-1503.
- Eide, H., Quera, V., Graugaard, P. y Finset, A. (2004). Physician-patient dialogue surrounding patients' expresión of concern: applying sequence analysis to RIAS. *Social Science y Medicine*, 59, 145-155.
- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. Nueva York: Wiley.
- Follette, W. C., Naugle, A.E., y Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioural understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.
- Froján, M. X., Calero, A., Montaña, M. y Garzón, A. (2006). *Guía de observación de la conducta verbal de los terapeutas*. Manuscrito no publicado, Universidad Autónoma de Madrid.
- Froján, M. X., Montaña, M. y Calero, A. (2007). Why do people change in therapy? A preliminary study. *Psychology in Spain*, 11, 53-60.
- 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.
- Froján-Parga, M. X., Calero-Elvira, A., y Montaña-Fidalgo, M. (2008). Analysis of the therapist's verbal behavior during cognitive restructuring debates. A case study. *Psychotherapy Research*, 24, 1-12.
- González, H. (2008). Un paseo por la historia de la psicología clínica y de la salud: entrevista a Helio Carpintero. *Clínica y Salud*, 19, 121-129.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N. Jacobson (Ed.): *Psychotherapists in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Blackledge, J. T. y Barnes-Holmes, D. (2001). Language and cognition: constructing an alternative approach within the behavioral tradition. En S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes y B. Roche (Eds.): *Relational frame theory. A post-skinnerian account of human language and cognition* (pp. 3-20). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C. y Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice. New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3), 146-159.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum Press.

- Lambert, M. J. y Hill, C.E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. En A.E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª ed., pp. 72-113). Nueva York: Wiley.
- Landis, J. R. y Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Martin, G. y Pear, J. (2007). *Behavior modification: what it is and how to do it*. New Jersey: Prentice Hall.
- Ninness, H.A.C., Glenn, S. S., y Ellis, J. (1993). *Assessment and treatment of emotional or behavioural disorders*. Westport, CN: Praeger.
- Poppen, R. L. (1989). Some clinical implications of rule-governed behavior. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 325-357). Nueva York: Plenum Press.
- Rosenfarb, I. S. (1992). A behaviour analytic interpretation of the therapeutic relationship. *Psychological Record*, 42(3), 341-354.
- Thorn, B. E. (2007). Evidence-based practice in psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 607-609.
- Turkat, I. D. (Ed.) (1985). *Behavioral case formulation*. Nueva York: Plenum Press.
- Watson, J. B. y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Wilson, K. G. y Blackledge, J. T. (2000). Recent developments in the behavioral analysis of language: making sense of clinical phenomena. En M. J. Dougher (Ed.): *Clinical behavior analysis* (pp. 27-46). Reno: Context Press.

Manuscrito recibido: 31/03/2010

Revisión recibida: 07/09/2010

Aceptado: 08/09/2010