

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA INTERACCIÓN TERAPEÚTICA: UNA PROPUESTA CLÍNICA Y METODOLÓGICA

FUNCTIONAL ANALYSIS OF THE THERAPEUTIC INTERACTION: A CLINICAL AND METHODOLOGICAL PROPOSAL

Autores:

María Xesús Froján-Parga¹, Elena Ruíz-Sancho¹, Antonio Cortines-Mayorga², Jesús Saiz-Galdós²⁻³, Gemma de Frutos Alonso²

¹Universidad Autónoma. Madrid.

²Grupo 5. Madrid.

³Universidad Complutense. Madrid.

Correspondencia:

M^{ra} Xesus Froján Parga. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.

Ciudad Universitaria de Cantoblanco. 28049, Madrid. España.

E-mail: mxesus.frojan@uam.es

Año 2015; Volumen 12, número 2.

RESUMEN

Introducción. En los últimos años han aparecido diferentes publicaciones que aportan un modelo nuevo de concebir y explicar las enfermedades mentales. Este nuevo modelo obliga a cambiar la concepción del usuario como paciente, para convertirlo en agente de su propio proceso de cambio.

El presente trabajo se enmarca dentro de esta nueva concepción, y se centra en el estudio del análisis funcional de la interacción terapéutica durante la intervención clínica. Se parte de que la interacción verbal entre el terapeuta y el usuario puede poner en marcha recursos de este último responsables del cambio clínico. Nuestro grupo de trabajo ha elaborado un sistema para categorizar la interacción verbal en terapia, que se ha probado eficaz en pacientes que acuden a una consulta privada. El objetivo de este estudio es valorar si también puede servir para pacientes con diagnósticos de mayor gravedad.

Método. Se analizaron las grabaciones de 12 sesiones clínicas pertenecientes a otros tantos casos, tratados por 3 psicólogos con diferentes grados de experiencia. El trabajo clínico fue individual y se llevó a cabo con población adulta.

Resultados. Se obtuvieron buenos valores de fiabilidad interjueces, y se analizó la frecuencia de aparición de cada conducta verbal, tanto en el terapeuta como en el usuario. **Discusión.** El presente artículo aporta un sistema para analizar la interacción verbal en usuarios con patologías graves, que puede ayudar a comprender qué ocurre en el proceso de la terapia.

Palabras clave: Análisis funcional, Interacción verbal, Proceso terapéutico, Enfermedad mental

ABSTRACT

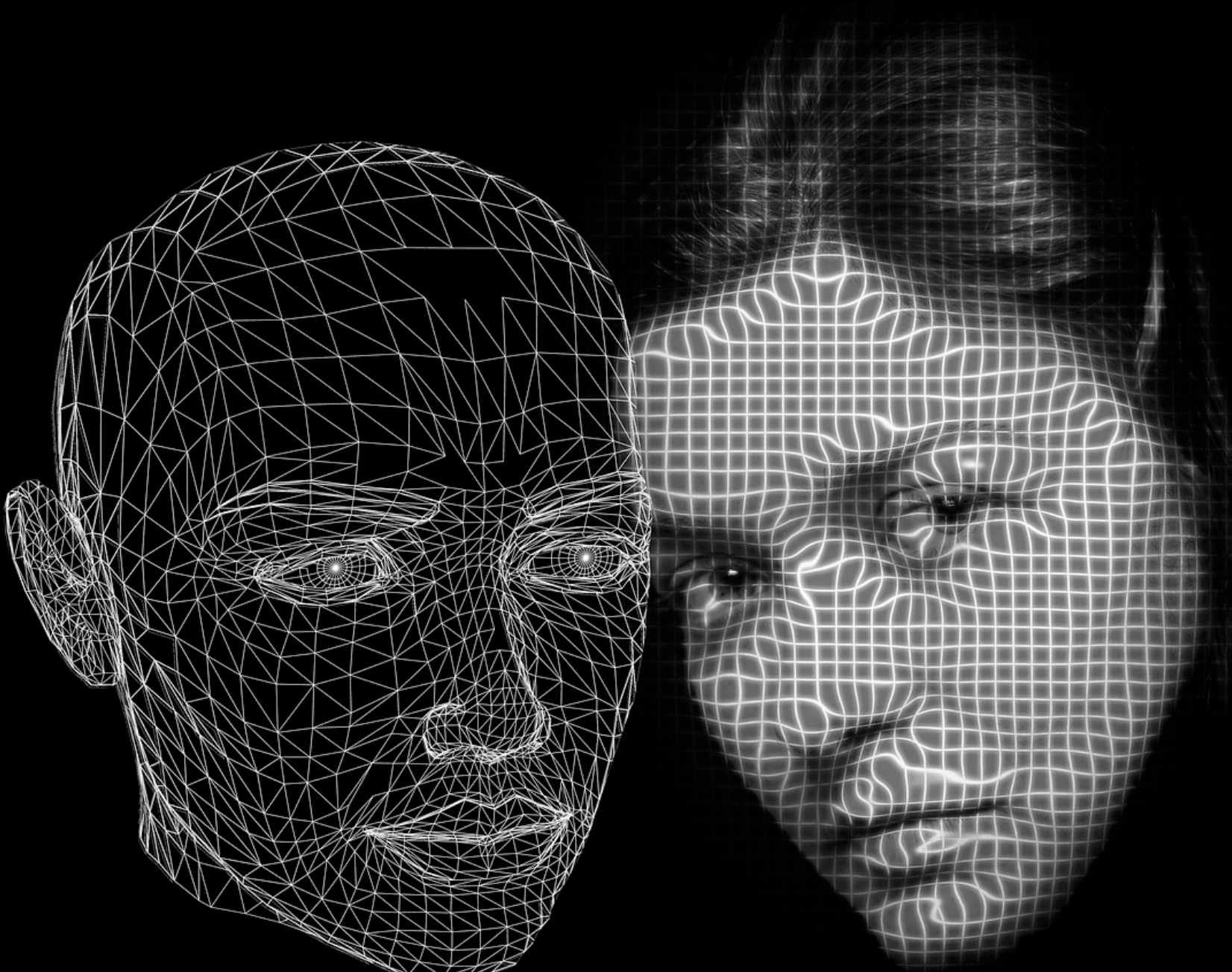
Introduction. In recent years they have appeared different publications that bring a new model to conceive and explain mental illness. This new model requires that the consumers cease to be conceptualized as patients, to turn it into agents of their own change process.

This study is part of this new concept, and focuses on the study of functional analysis of therapeutic interaction during clinical intervention. Our working group has developed a system for categorizing verbal interaction in therapy that has been shown effective in patient attending a private consultation. The aim of this study is to assess whether this system can also be used for patients with more serious diagnoses.

Method. 12 recording clinical sessions of 12 patients treated for 3 psychologist with varying degrees of experience were analysed. Clinical work was individual and was conducted with adult population.

Results. Inter-rater reliability good values were obtained, and the frequency of occurrence of each verbal behavior is analyzed, both in the therapist and the consumer. **Discussion.** The present study offers a system to analyze the verbal interaction in consumers with serious pathologies that can help to understand what happens in the therapy process.

Keywords: Functional analysis, Verbal interaction, Therapeutic process, Mental illness.



INTRODUCCIÓN

En el año 2013 se publicó un artículo cuyo título, “Análisis funcional de la esquizofrenia” (A functional analysis of schizophrenia¹), puede resultar sorprendente en un contexto tan medicalizado como es el de la salud mental. Sin embargo, el planteamiento que expone el autor no hace sino resumir el trabajo que en esta línea (la explicación funcional de los problemas “mentales”) se lleva realizando desde hace décadas en el marco de la psicología científica. Basta recordar otras publicaciones revolucionarias como fue en su momento el libro de González y Pérez² “La invención de trastornos mentales” o, tan recientemente que aún no ha dado tiempo a valorar su impacto, “Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil”³. Añádanse aportaciones como el debate generado en 2006 en la revista Behavior and Social Issues^{4,5} de los trastornos psicóticos y el cuestionamiento de la causalidad biológica, u otras varias reflexiones y críticas de creciente presencia, haciéndose acompañar de rigor conceptual y experimental⁶, y empezará a conformarse un panorama que reclama una atención diferente hacia estas “patologías mentales”.

Estos libros y otros muchos artículos son una muestra de que existe un planteamiento alternativo (y basado en la experimentación) para el tratamiento de los problemas psicológicos/enfermedades mentales. Y que este tratamiento obliga a cambiar la concepción del usuario como “paciente” y lo convierte en agente de su propio cambio al tiempo que dota al profesional de estrategias de actuación que van mucho más allá de la de ser meros dispensadores de medicación o “paños de lágrimas” en una situación de impotencia. Los propios términos componentes del sintagma enfermedad mental ya merecerían por sí solos un análisis pormenorizado, con no pocas posibilidades de acabar en la incertidumbre, desconcierto o cuestionamiento. Los interrogantes y reservas acerca de un modelo con no pocas dosis de tutela y paternalismo han ido creciendo entre la comunidad científica y los propios receptores de los servicios, en ocasiones en forma de testimonios personales⁷ y en otras ejerciendo la organización y el asociacionismo (Mind Freedom).

Este es el marco en el que se desarrolla nuestro trabajo de investigación, cuyas aplicaciones prácticas queremos presentar a lo largo de las siguientes páginas. Desde hace varios años, el equipo de investigación de la UAM en colaboración con el centro de psicología Iteima y cuatro centros pertenecientes a la Red Pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera (EMGD) de la Comunidad de Madrid gestionados por Grupo 5, han estudiado el proceso terapéutico a partir del análisis de la interacción verbal que ocurre durante la intervención clínica. Dicho estudio se basa en una serie de supuestos de partida en los cuales se enmarca la totalidad de la investigación y que están fuertemente enraizados en los principios del análisis aplicado de la conducta: en primer lugar, la consideración otorgada a la interacción verbal como la base del proceso terapéutico y, en segundo lugar, la necesidad de realizar el análisis funcional de dicha interacción para entender el cambio clínico.

Una de las cuestiones principales que nos planteamos al iniciar esta línea de trabajo es si el análisis funcional de la interacción terapéutica podría ser utilizado para estudiar la intervención clínica con cualquier tipo de paciente; o sí, por el contrario, este tipo de análisis podría ser útil fuese cual fuese el diagnóstico o, incluso, la orientación teórica del terapeuta. Hasta el momento, los resultados de nuestros

trabajos⁸⁻¹⁴ avalan la primera de las opciones: el análisis de más de 150 sesiones clínicas de diversos pacientes y problemáticas permiten concluir que la conducta verbal de los terapeutas va cambiando a lo largo de las sesiones y que dichas variaciones no guardan relación con el terapeuta analizado, el paciente considerado o la problemática tratada sino que lo que determina el cambio es el momento o actividad clínicamente relevante que se está llevando a cabo en sesión (evaluar, explicar, entrenar/tratar o consolidar los cambios). Este hecho podría poner de manifiesto la existencia de mecanismos de aprendizaje que se pondrían en marcha a partir de la interacción entre terapeutas y pacientes en distintos momentos de la terapia y que podrían ser, en alguna medida, responsables del cambio clínico.

Pero asumir este planteamiento lleva consigo la conceptualización de cualquier problema psicológico, sin distinción, como un problema aprendido, independientemente de que existan posibles variables disposicionales (predisposición genética, alteraciones neuroquímicas, historia de aprendizaje familiar...) que influyan en el problema. Posiblemente haya poca controversia a la hora de conceptualizar la depresión, la ansiedad o cualquiera de los problemas considerados “menores” o “poco graves” como problemas aprendidos. Pero ¿podríamos decir lo mismo de los problemas psicóticos? Cuando se habla de esquizofrenia, inmediatamente se asume que se está hablando de una enfermedad que requiere un tratamiento farmacológico y para la cual cualquier otra intervención es inútil (o, en el mejor de los casos, muy secundaria). Sin embargo, que la esquizofrenia sea una enfermedad está muy lejos de ser demostrado, ya que ello implicaría un proceso etiopatofisiológico con unos síntomas y unos biomarcadores característicos. Sin embargo, tras décadas de investigación no se ha podido identificar dicho proceso etiopatofisiológico¹⁵⁻¹⁶.

Puesto que no hay un proceso etiopatofisiológico identificado y sin tan siquiera biomarcadores claramente asociados con el síndrome (¿son las alteraciones dopaminérgicas causa o consecuencia de las conductas psicóticas?), en la actualidad y desde una perspectiva biologicista, esquizofrenia no es más que un nombre con el que se designa un conjunto de conductas consideradas desadaptativas y para las que se presume una etiología orgánica no identificada¹⁷.

Por lo tanto, es fácil concluir que la conceptualización de los problemas psicóticos como enfermedades con una base orgánica es más que cuestionable y abren nuevos caminos al planteamiento de programas de tratamiento distintos a los farmacológicos y, dado el tema que estamos tratando aquí, al estudio de la intervención clínica desde una perspectiva funcional. Incluso en propuestas tan extendidas y aceptadas en el ámbito de la rehabilitación psicosocial como el modelo de recuperación¹⁸⁻²¹; se enfatizan las intervenciones basadas en el potencial de los usuarios, con valores clave como la orientación a la persona, implicación de la misma, autodeterminación/elección y potencial de crecimiento²². Sin embargo, en ocasiones, se da el caso de profesionales que tratan este tipo de problemáticas asumiendo que el paciente es un enfermo y que nada de lo que haga o diga durante la intervención puede cambiar su problemática; como mucho, puede tranquilizarlo momentáneamente pero ese cambio no será en absoluto significativo en el curso de su “enfermedad”.

Con este planteamiento, el profesional está desperdiciando una ocasión única para utilizar el potencial terapéutico que tiene la interacción verbal durante la sesión de terapia.

Sin embargo, un planteamiento funcional de los problemas psicológicos y de la interacción terapéutica abren un campo de enormes posibilidades al profesional, convirtiéndolo en un auténtico motor del cambio clínico. Nuestro grupo de investigación lleva años trabajando en esta línea y, para ello, hemos desarrollado un planteamiento paso a paso: nuestro estudio se inició con el análisis de la conducta verbal del terapeuta, a continuación estudiamos la del paciente y, en último lugar, analizamos la interacción entre ambas^{8-14,23}.

Todo esto nos ha permitido desarrollar el Sistema de Categorización de la Interacción de la Conducta Verbal en Terapia²⁴ (SISC- INTER- CVT) que se revisa más adelante. Aún a sabiendas que cualquier interacción social (y la clínica es una de ellas) implica una influencia mutua entre las conductas de los participantes, consideramos que el estudio de una interacción profesional debería identificar al profesional como el “director” de tal interacción, ya que se supone que es éste quien decide qué quiere hacer en cada sesión y hacia dónde la quiere dirigir. Desde esta perspectiva, hemos podido identificar los patrones de conducta que pone en marcha el psicólogo, identificar en relación a qué cambian e hipotetizar qué pretende conseguir con ellos. Por lo que se refiere al paciente, consideramos su conducta verbal como respuesta a lo que dice el profesional (el eslabón intermedio en la cadena de tres términos antecedente- respuesta-consecuente), de manera que sólo cabe estudiar las distintas morfologías que puede adoptar dicha respuesta. Fruto de este trabajo es la división del proceso terapéutico en actividades clínicamente relevantes, tal como hemos planteado al inicio de esta introducción, más que en etapas cronológicas. Cada una de estas actividades (Evaluar, Explicar, Tratar y Consolidar) se caracterizan por presentar similitudes en cuanto al patrón de conducta verbal de los terapeutas, patrón que se mantiene independientemente del terapeuta, el paciente o el problema clínico objeto de estudio.

Podría parecer que describir el proceso terapéutico de esta manera deja fuera cuestiones que pudiesen ser centrales para explicar el cambio, en especial que nos estamos olvidando de la relación o alianza terapéutica. En ningún caso es así: consideramos que la relación terapéutica es el fruto de una interacción continuada y que tiene determinadas características. Sólo el estudio de la interacción permite concluir cómo se ha desarrollado la alianza terapéutica en cada caso particular y sólo interactuando de determinada manera el profesional puede conseguir el desarrollo de tal alianza, que puede resultar definitiva a la hora de explicar el cambio clínico. La relación o alianza terapéutica se entiende como el contexto que permite que ocurran los procesos de aprendizaje que son, en última instancia, los responsables del cambio. Técnicas y relación, lejos de irreconciliables, se reclaman mutuamente. En los recursos de rehabilitación, además, existe la particularidad de que esta relación terapéutica excede los límites de la consulta, extendiéndose a otros contextos informales, dadas las características de estancias residenciales y de la atención prolongada en centros diurnos.

Hasta el momento, nuestro grupo se había centrado en el estudio de terapeutas conductuales y pacientes ambulatorios que acudían a una clínica privada. La pregunta que nos formulamos a la hora de plantear el trabajo que presentamos aquí fue la siguiente: ¿es posible utilizar el mismo sistema de categorización de la interacción verbal empleado hasta el momento en el análisis de la interacción sobre una muestra de pacientes medicados y en situación residencial o estancia diurna en dispositivos de rehabilitación, con

diagnósticos de mayor gravedad? A continuación presentamos los resultados de nuestro estudio.

MÉTODO

Participantes

Se analizaron las grabaciones de 12 sesiones clínicas (12 horas, 42 minutos y 5 segundos de terapia observados) pertenecientes a otros tantos casos, tratados por 3 psicólogos con diferentes grados de experiencia (5, 6 y 9 años) en distintos centros pertenecientes a la Red Pública de atención social a personas con EMGD de la Comunidad de Madrid y gestionados por Grupo 5. El trabajo clínico fue individual y se llevó a cabo con población adulta. En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes y los psicólogos para la grabación y posterior observación y análisis de las sesiones, habiendo sido aprobado este procedimiento por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid. Las características de los pacientes y terapeutas participantes en el presente estudio se detallan en la tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra	
Variable	n
Edad	$\bar{X} = 40,22 \pm 8,49$
Sexo	
Hombre	6
Mujer	3
Diagnóstico	
Esquizofrenia	1
Esquizofrenia paranoide	2
Esquizofrenia residual	2
Síndrome depresivo	1
Trastorno bipolar	1
Trastorno de personalidad	1
Trastorno mixto de personalidad + rendimiento intelectual límite	1

Desarrollo del estudio

1. Depuración del Sistema de Categorización de la Interacción de la Conducta Verbal en la Terapia (SIS-INTER-CVT)

En un estudio piloto se comprobó que existían ciertas diferencias entre las sesiones de tratamiento realizadas con pacientes ambulatorios en una clínica privada y aquellas otras desarrolladas en los centros de atención social para personas con EMGD participantes, un servicio público con pacientes en estancias diurnas y residenciales. Tales diferencias hicieron necesaria una modificación del SISC- INTER- CVT con la finalidad de reflejar de manera más minuciosa y precisa la interacción terapéutica en este contexto, atendiendo a las peculiaridades de los centros y dispositivos de atención social y de la población que allí recibe ayuda psicológica.

A continuación se detalla el proceso de depuración del sistema de categorización.

En primer lugar, se llevó a cabo una observación no sistemática por parte de tres personas con formación clínica de cinco sesiones completas, de aproximadamente una hora de duración y elegidas al azar. El objetivo de esta fase fue determinar qué aspectos del SISC-INTER-CVT resultaban

adecuados a la muestra y a qué conductas verbales tanto del terapeuta como del usuario no era sensible dicho sistema. En esta fase se consultó bibliografía especializada con objetivo de caracterizar exhaustivamente aquellas morfologías de respuesta propias del padecimiento de los usuarios en esta muestra y que representaban una gran diferencia con la muestra a partir de la que se había elaborado el SISC-INTER-CVT.

Tras esta observación se decidió mantener el análisis de la conducta verbal, pero se acordó contar con algún aspecto no verbal que resultase relevante para la comprensión de la respuesta del usuario. Asimismo, se realizaron las primeras propuestas de nuevas categorías que describan de manera más precisa el proceso terapéutico. Se añadieron desde este momento dos categorías fundamentales: lenguaje desorganizado y delirios y alucinaciones, para poder detectar en sesión la presencia de la llamada sintomatología positiva.

Partiendo de esta primera propuesta se inició un registro sistemático de sesiones mediante el uso de la herramienta informática The Observer XT 11.0, que permite la codificación de la conducta verbal tanto del terapeuta como del usuario en sesión. Tras cada nuevo registro, se realizaron reuniones semanales para discutir dudas y generar nuevos acuerdos que permitieran ser cada vez más exacto en el registro de lo ocurrido a lo largo del proceso terapéutico.

Tras el registro sistemático por parte de los tres observadores de veinte sesiones observadas, y reuniones semanales con el equipo de investigación para seguir debatiendo dudas y propuestas, se llegó a un sistema de categorización de la conducta verbal que permite recoger de manera detallada la conducta verbal de terapeuta y usuario atendiendo a las peculiaridades detectadas.

A continuación se presenta una breve definición de las categorías supraordenadas que se incluyen en el sistema así como un listado de sus variantes.

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

Función discriminativa: verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del usuario (verbal o no) que suele ir seguida de función de refuerzo o de castigo.

Modificadores:

- Sin indicar la dirección deseada de la respuesta.
- Indicando la dirección deseada de la respuesta.
- Discriminativa conversacional.

Verbalización no funcional: son aquellas verbalizaciones emitidas por el terapeuta que no consiguen su objetivo aparente, ya sea discriminar una conducta por parte del usuario o transmitir algún tipo de información.

Función evocadora: verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o bien a la verbalización de una respuesta emocional que está teniendo lugar.

Función de refuerzo: verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación de la conducta emitida por el cliente.

Modificadores:

- Refuerzo bajo
- Refuerzo medio
- Refuerzo alto

Función de castigo: verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el cliente y/o que interrumpe ésta aunque sin presentar ningún matiz que indique aprobación, acuerdo o aceptación.

Modificadores:

- Castigo bajo
- Castigo medio
- Castigo alto

Función informativa: verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta.

Función instructora: verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta del cliente fuera o dentro del contexto clínico. No se han de mencionar las consecuencias explícitamente pero sí han de describirse los pasos de la actuación que se trata de favorecer.

Modificadores:

- Instructora dentro de sesión
- Instructora fuera de sesión
- Instructora laxa

Función motivadora: verbalizaciones del terapeuta que explicitan las consecuencias que la conducta del cliente (mencionada o no esta conducta y/o la situación en que se produce) tendrá, está teniendo, ha tenido o podrían tener (situaciones hipotéticas) sobre el cambio clínico. Otras terapeuta: cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores.

B. Subsistema de categorización de la conducta verbal del usuario (SISC-CVU)

Proporcionar información: verbalización a través de la cual el usuario trata de proporcionar al terapeuta información neutral con relación a la evaluación y/o el tratamiento.

Solicitar información: pregunta, comentario y/o petición de información por parte del usuario hacia el terapeuta. Seguimiento de instrucciones: conducta verbal del usuario que implica la descripción o anticipación total o parcial de un seguimiento fuera de la sesión o el seguimiento total o parcial dentro de la sesión.

Modificadores:

- Seguimiento de instrucciones dentro de sesión
- Descripción del seguimiento total de instrucciones fuera de sesión.
- Descripción del seguimiento parcial de instrucciones fuera de sesión.
- Anticipación del seguimiento total de instrucciones fuera de sesión.
- Anticipación del seguimiento parcial de instrucciones fuera de sesión.

No seguimiento de instrucciones: conducta verbal del usuario que implica la descripción o anticipación de un no seguimiento tanto dentro como fuera de sesión.

Modificadores:

- No seguimiento de instrucciones dentro de sesión.
- Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión.
- Anticipación del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión.

Verbalizaciones proterapéuticas: conductas verbales del usuario que facilitan la interacción con el terapeuta, y que muestran una aproximación a la consecución de los objetivos terapéuticos.

Verbalizaciones antiterapéuticas: conductas verbales del usuario que dificultan la interacción con el terapeuta y que muestran un distanciamiento, rechazo u oposición a la consecución de los objetivos terapéuticos.

Lenguaje desorganizado: verbalizaciones inadecuadas conversacionalmente o poco ajustadas al contexto terapéutico, por no estar relacionadas con el desarrollo de la terapia o por no haber sido discriminadas por las verbalizaciones previas del terapeuta.

Delirios y alucinaciones: verbalizaciones en las que el usuario manifiesta una falta de contacto con la realidad, de modo que resultan inverosímiles o extravagantes para el observador.

Otras usuario: cualquier verbalización del usuario que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores.

RESULTADOS

En la tabla 2 se muestra el grado de fiabilidad interjueces (porcentaje de acuerdo e índice Kappa de Cohen) obtenido con la herramienta informática The Observer XT 11.0. de los registros de cuatro sesiones seleccionadas al azar con el SISC-INTER-CVT.

Vale la pena destacar que, aunque los porcentajes de acuerdo y la Kappa de Cohen parezcan bajos, un valor de kappa de 0.60 se considera un coeficiente de acuerdo bueno²⁵.

Tabla 2. Fiabilidad interjueces						
Sesión	Terapeuta		Usuario		Total	
	% ¹	Kappa	% ¹	Kappa	% ¹	Kappa
1	73,91	0,63	58,54	0,39	64,35	0,57
2	68,21	0,58	76,32	0,53	67,70	0,61
3	63,31	0,54	84,72	0,70	69,18	0,62
4	79,09	0,76	84,42	0,76	80,34	0,78

¹Porcentaje de acuerdo

Las tablas 3, 4 y 5 muestran los resultados obtenidos respecto a la conducta verbal del psicólogo, a partir de la observación sistemática y registro de 12 grabaciones correspondientes a sesiones clínicas llevadas a cabo en los centros de atención social a personas con EMGD participantes.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio nos permiten hacer una primera valoración de la interacción terapéutica entre pacientes y profesionales en la muestra estudiada.

Una aproximación a los datos descriptivos del terapeuta

nos permite destacar el porcentaje de ocurrencia de las instrucciones dentro de sesión y de las verbalizaciones no funcionales. Respecto al usuario, se observa una elevada presencia de la categoría lenguaje desorganizado, así como de verbalizaciones proterapéuticas y, en menor medida, antiterapéuticas.

Ante esto, por ejemplo, cabe preguntarse si la presencia significativa de instrucciones más generales puede facilitar una aparición tan escasa de las categorías seguimiento y no seguimiento de instrucciones. Y nos referimos a ambas categorías ya que una respuesta afirmativa o negativa a una instrucción planteada como sugerencia no siempre se considera un seguimiento o no de instrucciones sino una verbalización proterapéutica o antiterapéutica. Por ejemplo, no sería lo mismo una respuesta afirmativa a una verbalización como “esta semana practica la relajación progresiva, tal y como te expliqué, al menos dos veces” frente a una verbalización como “esta semana procura relajarte”, en el primer caso la persona estaría anticipando la realización de la pauta, en el segundo caso, estaría expresando que lo va a intentar. Esta dificultad para anticipar el seguimiento o no de instrucciones podríamos encontrarla cuando se emiten instrucciones de manera laxa, expresadas en primera persona (“Yo haría la relajación”) o como posibilidad (“Podrías intentar relajarte”). Otros estudios han comprobado que la falta de precisión en la formulación de instrucciones se relaciona con un menor cumplimiento de las mismas.

La elevada presencia de las categorías lenguaje desorganizado y verbalizaciones antiterapéuticas resulta especialmente llamativa ya que puede representar un obstáculo frecuente para el terapeuta a la hora de intentar dirigir la terapia, ya sea por la dificultad que tienen para ajustarse al contexto o por la oposición a los planteamientos del terapeuta. Estos datos resultan interesantes a la hora de poder detectar en qué momento se dan estas conductas y qué variables facilitan o dificultan su ocurrencia, con el fin último de poder predecir y/o controlar mejor su ocurrencia.

En diversas ocasiones se encuentra que los pacientes toman el mando de la sesión, de manera que su discurso parece independiente de lo que haga o diga el terapeuta. Directamente relacionado con esto último encontramos fragmentos en los que aparece un discurso claramente deslazado por parte de los pacientes, van de un lado a otro, no se centran, etc.

Esta forma de entender el estudio entre terapeuta y paciente permite dar respuesta a algunos interrogantes que se han planteado en la investigación en este ámbito. Norcross²⁶ pone de relieve que una de las habilidades principales a entrenar por parte de los psicólogos es adaptar su forma de hacer terapia para promover la relación terapéutica. Es evidente que puede haber unos terapeutas mejores que otros más allá de la aplicación de las técnicas o de la escuela teórica²⁷ pero eso no quiere decir que lo que los hace mejores sean una serie de características estáticas que se aplican de la misma forma independientemente del paciente o del problema. Más bien, y en la línea del planteamiento que guía el presente estudio, consideramos que la verdadera habilidad reside en la capacidad para adaptarse a cada paciente y a cada contexto generado para que se puedan poner en marcha los procesos de aprendizaje auténticos responsables del cambio. Vamos a ilustrar a qué nos estamos refiriendo con algunos ejemplos concretos; Krause y colaboradores²⁸ han concluido que algunos de los aspectos fundamentales que conducen a la percepción de una alianza positiva por parte del paciente y el terapeuta

son, respectivamente: senti se comprendido y escuchado, percibir que el terapeuta se pone en su lugar; y, para el segundo, que el paciente se muestre abierto a expresar sus experiencias, emociones y sentimientos.

En la línea que estamos presentando, esta percepción sería el resultado de una forma de proceder que desarrollaría

el psicólogo caracterizada por, en el primero de los casos, reforzar adecuadamente lo que la persona está contando, verbalizando la aceptación a su discurso y repitiendo, en ocasiones, pequeños fragmentos de la exposición del paciente; y, en el segundo de los casos, presentar los estímulos discriminativos adecuados para la descripción de la problemática y reforzar adecuadamente las respuestas

Tabla 3. Porcentaje de ocurrencia de la categoría correspondiente sobre el total de categorías del terapeuta registradas durante la sesión

	(n = 12) $\bar{X} \pm \text{d.t.}$
Función discriminativa	43,95 ± 17,01
Función discriminativa general	38,27 ± 15,60
Función discriminativa indicando	3,94 ± 3,78
Función discriminativa conversacional	1,74 ± 1,98
Verbalización no funcional	4,17 ± 4,75
Función evocadora	0,13 ± 0,43
Función de refuerzo	18,71 ± 6,10
Función de refuerzo bajo	15,56 ± 5,26
Función de refuerzo medio	2,49 ± 1,62
Función de refuerzo alto	0,65 ± 1,22
Función de castigo	0,77 ± 1,57
Función de castigo bajo	0,61 ± 1,30
Función de castigo medio	0,17 ± 0,55
Función de castigo alto	–
Función informativa	24,87 ± 12,60
Función instructora	3,86 ± 3,18
Función instructora dentro de sesión	1,46 ± 2,58
Función instructora fura de sesión	1,46 ± 1,52
Función instructora laxa	0,94 ± 1,04
Función motivadora	2,13 ± 3,18
Otras terapeuta	1,41 ± 1,73

Tabla 4. Porcentaje de tiempo de sesión en el que se registró la aparición de la categoría-estado correspondiente

	(n = 12) $\bar{X} \pm \text{d.t.}$
Función instructora dentro de sesión	0,33 ± 0,59
Función instructora fuera de sesión	1,62 ± 1,86
Función instructora laxa	1,25 ± 1,62
Función informativa	24,40 ± 11,68
Función motivadora	2,21 ± 2,76
Total de categorías estado / Total duración de la sesión	29,80 ± 14,52

Tabla 5. Porcentaje de ocurrencia de la categoría correspondiente sobre el total de categorías del usuario registradas durante la sesión

	(n = 12) $\bar{X} \pm \text{d.t.}$
Proporcionar información	56,85 ± 15,65
Solicitar información	2,90 ± 2,25
Seguimiento de instrucciones dentro de sesión	0,88 ± 1,55
No seguimiento de instrucciones dentro de sesión	1,10 ± 3,64
Seguimiento de instrucciones fuera de sesión	0,98 ± 1,89
Descripción del seguimiento total fuera de sesión	0,21 ± 0,48
Descripción del seguimiento parcial fuera de sesión	–
Anticipación del seguimiento total fuera de sesión	0,77 ± 1,82
Anticipación del seguimiento parcial fuera de sesión	–
No seguimiento de instrucciones fuera de sesión	0,67 ± 1,26
Descripción del no seguimiento de sesión	–
Anticipación del no seguimiento fura de sesión	0,67 ± 1,26
Verbalizaciones prototerapéuticas	20,25 ± 11,36
Verbalizaciones antiterapéutcias	9,10 ± 9,42
Lenguaje desorganizado	7,03 ± 9,19
Otras usuario	0,23 ± 0,53

más adaptativas. Este último aspecto hace referencia directa a los procesos de moldeamiento que se dan en sesión y que caracterizan la interacción verbal en la clínica^{8,9,11,29-32}. Procesos en los que podemos entrenar con facilidad a los terapeutas inexpertos y que han mostrado su utilidad en estudios como el realizado porBusch et al.³³. Estos autores han replicado hallazgos previos que mostraban que el terapeuta en sesión puede moldear la conducta del paciente³⁴⁻³⁶. Además, estos y otros autores³⁷, sugieren que las conductas moldeadas en sesión pueden afectar significativamente a la conducta fuera de la clínica.

No somos los primeros en defender esta propuesta: autores como Bordin³⁸ o Horvarth³⁹ han planteado que la relación entre el terapeuta y el paciente proporciona el contexto que promueve e interactúa con las estrategias específicas de la terapia. Hill⁴⁰ propone que las técnicas del terapeuta, la participación del paciente y la relación entre ambos están entrelazadas y considera que deben ser consideradas juntas en cualquier discusión sobre el proceso de la terapia. Estamos de acuerdo con este planteamiento general, pero vamos más allá en el sentido de que no nos limitamos a afirmar que la relación entre terapeuta y paciente es el escenario para que el psicólogo pueda utilizar las técnicas más pertinentes, sino que consideramos que tanto la interacción como las técnicas no son más que aplicaciones o facilitadores de principios de aprendizaje.

Los trabajos publicados sobre el tema describían la falta de claridad existente en torno a los mecanismos que explican la relevancia de la relación terapéutica finalizaban, frecuentemente, de dos maneras diferentes: o bien enfatizando la necesidad de nuevas aproximaciones y/o metodologías para el estudio de la relación terapéutica^{32,40}; o bien, refiriéndose al dilema expuesto por Yates⁴¹ en el que expresaba que la terapia es en cierto sentido una ciencia y un arte. El autor hacía hincapié en que en numerosas ocasiones el progreso en el diseño de los procedimientos terapéuticos depende más de la intuición que de los hallazgos obtenidos hasta el momento. Consideramos que el trabajo presentado permite dar pasos en ambos aspectos. Muchas

interacciones interpersonales pueden promover cambios en las personas, pero deben ser los sacerdotes, los amigos o los adivinos los que perciban su comportamiento como un arte, como algo intuitivo que no saben explicar. Desde nuestra disciplina, ya sea desde el ámbito teórico o desde el ámbito aplicado, sabemos cuáles son las herramientas precisas que promueven el cambio y debemos conocer cuándo y cómo ponerlos en marcha.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosenfarb IS, A functional analysis of schizophrenia. Psychol Rec. 2013; 63(4):929-45.

2. Pérez M, González H. La invención de trastornos mentales ¿Escuchando al fármaco o al paciente? España: Alianza Editorial; 2007.

3. García F, González H, Pérez M. Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil. España: Alianza Editorial; 2014.

4. Wyatt WJ, Midkiff D. Biological Psychiatry: A Practice in Search of a Science. Behavior and Social Issues. 2006;15:132-51.

5. Wong SE. Behavior Analysis of Psychotic Disorders: Scientific Dead or Casualty of the Mental Health Political Economy?. Behavior and Social Issues, 2006;15:152-7.

6. Harvey MT, Luiselli JK, Wong SE. Application of applied behavior analysis to mental health issues. Psychol Serv. 2009;6(3):212- 22.

7. Alonso F. Se necesita otro pensar. Y se necesita ya. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental. 2015;38:7-13.

8. Froján-Parga MX, Montaña-Fidalgo M, Calero-Elvira A. ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. Psicothema. 2006;18:797-803.

9. Froján-Parga MX, Montaña-Fidalgo M, Calero-Elvira A. Therapist’ verbal behavior analysis: A descriptive approach to psychotherapeutic phenomenon. Span J Psychol. 2010;13:914-26.

10. Froján MX, Montaña M, Calero A, Ruiz E. Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico. Clínica y Salud. 2011;22(1):69-85.

11. Froján-Parga MX, Ruiz-Sancho EM, Calero-Elvira A. A theoretical and methodological proposal for the descriptive assessment of therapeutic interactions. Psychother Res. 2014;1-22.

12. Ruiz-Sancho E, Froján-Parga MX, Calero-Elvira A. Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico. Anales de Psicología. 2013a;29(3):779-90.

13. Ruiz-Sancho EM, Froján-Parga MX, Calero-Elvira A. Functional analysis of the verbal interaction between psychologist and client during the therapeutic process. Behav Modif. 2013b;37(4):516-42.

14. Ruiz-Sancho E, Froján-Parga MX, Galván-Domínguez N.Verbal interaction patterns in the clinical context: A model of how people change in therapy. Psicothema. 2015;27(2): 99-107.

15. Keshavan MS, Nasrallah HA, Tandon R. Schizophrenia,“Just the Facts” 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: from the elephant to the mouse. Schizophr Res. 2011;127(1):3-13.

16. Maj M. Understanding the pathophysiology of schizophrenia: Are we on the wrong or on the right track?. Schizophr Res. 2011;127:20-1.

17. Harrop CE, Trower P, Mitchell JJ. Does the biology go around the symptoms? A Copernican shift in schizophrenia paradigms. Clin Psychol Rev. 1996;16(7):641-54.

18. Liberman RP , Kopelowics A,Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. Int Rev Psychiatry. 2002;14: 256-72.

19. Liberman RP, Kopelwics. An empirical approach to schizophrenia recovery: define recovery and identify the factors trough wich it can be facilitaled. Rehabilitación Psicosocial. 2004;1(1):12-29.

20. Valiente C, Vázquez C, Simón P. Marco teórico de la evaluación desde la rehabilitación psicosocial a la recuperación. En: Fernández JA, Touriño R, Abelleira C. Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. Valladolid; 2010.

21. Rosillo M, Hernández M. La recuperación: servicios que ponen a las Personas en primer lugar. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2013;33(118):257-71.

22. Farkas M, Gagne Ch, Anthony W, Chamberlin J. Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. Community Ment Health J. 2006;41(2):141-58.

23. Montaña-Fidalgo M, Ruiz EM, Calero-Elvira A, Froján- Parga MX. Studying the Therapeutic Process by Observing Clinicians’ InSession Behaviour. Clin Psychol Psychother. 2015;22(6), 533-45.

24. Froján-Parga MX, Montaña-Fidalgo M, Calero- Elvira A, García-Soler A, Garzón-Fernández A, Ruiz-Sancho E. Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. Psicothema. 2008;20(4):603-9.

25. Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. Educ Psychol Meas. 1960;20:37-46.

26. Norcross JC. The therapeutic relationship. En: Duncan BL, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA, editors. The heart and soul of change. Delivering what works in therapy. Washington: American Psychological Association; 2010.

27. Luborsky L, McLellan AT, Diguer L, Woody G, Seligman DA. The Psychotherapist Matters: Comparison of Outcomes Across Twenty-Two Therapists and Seven Patient Samples. Clin Psychol. 1997;4:53-65.

28. Krause M, Altimir C, Horvath A. Una deconstrucción de la alianza terapéutica: Reflexiones sobre las dimensiones subyacentes del concepto. Clínica y Salud. 2011;22(3):267-83.

29. Follette WC, Naugle AE, Callaghan GM. A radical behavioural understanding of the therapeutic relationship in effecting change. Behav Ther. 1996;27:623-41.

30. 30. Hamilton SA. Behavioral formulations of verbal behavior in psychotherapy. Clin Psychol Rev. 1988;8(2):181-93.

31. Rosenfarb IS. A behaviour analytic interpretation of the therapeutic relationship. Psychol Rec. 1992;42:341-54.

32. Salzinger K. Therapeutic change viewed through behavior analytic lenses. Clínica y Salud: 2011;22(3):237-44

33. Busch AM, Kanter JW, Callaghan GM, Baruch DE, Weeks CE, Berlin KS. A Micro- Process Analysis of Functional Analytic Psychotherapy´s Mechanism of change.Behav Ther. 2009;40:280- 90.

34. Callaghan GM, Summers CJ, Weidman M. The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical effectiveness using Functional Analytic Psychotherapy. J Contemp Psychother. 2003;33:321- 39.

35. Karpiaik CP, Benjamin LS. Therapist affirmation and the process and outcome of psychotherapy: two sequential analytic studies. J Clin Psychol. 2004;60:659-76.

36. Truax CB. Reinforcement and nonreinforcement in Roge-rian Psychotherapy. J Abnorm Psychol. 1966;71:1- 9.

37. Kanter JW, Landes SJ, Busch AM, Rusch LC, Brown KR, Baruch DE, Holman G, et al. The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: A successful and unsuccessful case using Functional Analytic Psychotherapy. J Appl Behav Anal. 2006;39:463- 7.

38. Bordin E. Of human bonds that bind or free. Pacific Grove, CA: Society for Psychotherapy research; 1980.

39. Horvath AO. The alliance. Psychotherapy. 2001;38(4):365.

40. Hill CE. Therapist Techniques, Client Involvement, and the Therapeutic Relationship: Inextricably Intertwined in the Process. Psychotherapy. 2005;42(4):431- 42.

41. Yates AJ. Terapia del comportamiento. México: Trillas; 1973.