



Vol. 14 No. 3

Septiembre de 2011

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR ESTILOS TERAPÉUTICOS

Jorge Luis Salinas Rodríguez¹ y María de Lourdes Rodríguez Campuzano²

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Proyecto financiado por PAPIME clave PE301209

RESUMEN

La enseñanza de habilidades terapéuticas a psicólogos clínicos es un tema relevante que implica la comprensión del comportamiento del terapeuta, trascendiendo el mero empleo de técnicas y procedimientos propios de su aproximación conceptual. Desde diversas ópticas tal comportamiento se asume como un conjunto de variables inespecíficas que tiene efectos en la intervención. En este trabajo se parte de que, como psicólogos, contamos con las herramientas que nos permiten estudiar el comportamiento del propio psicólogo clínico y de que es importante hacerlo a partir de un modelo teórico. Así, partiendo de una aproximación interconductual, se presenta un trabajo que tuvo como propósito confiabilizar y validar un instrumento desarrollado para evaluar, en una fase inicial, algunas características del comportamiento del terapeuta, considerando que, al margen de su orientación, su éxito puede estar relacionado con comportamientos consistentes a los que denominamos estilos. Este instrumento se aplicó a 69 terapeutas voluntarios y se llevó a cabo un procedimiento de validación y confiabilización. Los resultados encontrados indican que el instrumento es altamente confiable,

¹ Profesor Asociado C en la Carrera de Psicología de la FES Iztacala, julis@unam.mx

² Profesor Titular B en la Carrera de Psicología de la FES Iztacala, carayu5@yahoo.com

Dirección para el envío de separatas: Pekín 6, Jardines de Bellavista, Tlalnepantla, Edo. de Méx. C.P. 54050

y es válido en términos de contenido. Se discute su posible utilidad.

Palabras Clave: Habilidades terapéuticas, estilos terapéuticos, aproximación interconductual, modos de regulación, validación.

ABSTRACT

Teaching therapeutical skills to clinical psychologists is an important topic that deserves attention and implies the comprehension of therapist's behavior, independently of theoretical basis and methodological procedures correspondent to their different approaches. On literature therapist's behavior has been pointed as a group of non specific variables that affects the results of intervention. On this paper it is assumed that as psychologists we have professional training that should make possible to study therapist's behavior as any other behavior, and it is convenient to do it from a solid theoretical model. On this work the theoretical framework is an interbehavioral approach. From this view a study to obtain reliability and content validity of an instrument specially designed to identify some therapist's behavior is presented. This instrument was developed to explore some consistent behaviors, which are called styles that beyond the psychological approach could be related to the reported success of therapy. The instrument was applied to 69 volunteer therapists and with these data procedures of reliability and validity were executed. Results indicate that the instrument is highly reliable and has content validity. Possible applications of this tool are discussed. Key words: Therapeutical skills, therapeutical styles, interbehavioral approach, regulation modes, validity.

La enseñanza de habilidades terapéuticas, o habilidades de ayuda, de psicólogos clínicos es un tema que cobra un interés cada vez mayor mundialmente. Tal interés tiene qué ver con diversos factores, entre ellos destacan la búsqueda de mayor eficiencia y eficacia en los planes y programas de estudio, para la formación de profesionistas de la psicología más competentes ante los problemas de las personas en sociedades cada vez más complejas. Sin duda, la incorporación y validación de la intervención psicológica a nivel individual en los programas de atención a la salud y la educación en los planes gubernamentales juega un papel importante en la búsqueda de dicho interés, una mejor racionalidad que justifique objetivamente la relación costo-beneficio. Aparentemente, dichos

factores justifican la necesidad de evaluar e investigar científicamente acerca de las características interpersonales del terapeuta, además de los procesos técnicos asociados a cada aproximación que son efectivos y los efectos en el cliente. Sin embargo, en cada escuela u orientación terapéutica, subyace la intención de determinar la eficacia de los tratamientos y técnicas psicológicas solamente, pero con muy poco interés respecto a otros factores que intervienen en los procesos del cambio terapéutico. El hecho de que se demuestre que una técnica o procedimiento funcione, o sea más efectiva que otras formas de tratamiento en ambientes controlados no garantiza que esto sea verdad en ambientes naturales y en la práctica cotidiana; en realidad, no hay manera de lograr control sobre el ambiente del usuario, ni de otros factores relacionados con él –por ejemplo, el grado de comorbilidad (Rakovshik & McManus, 2010). Esto ha llevado a considerar que no sólo es necesario investigar qué técnicas y procedimientos funcionan, sino también por qué y cómo lo hacen (Ablon, Levy & Katzentein, 2006). Bajo esa óptica, consideramos que nivel de competencia del terapeuta es un factor significativo en las diferencias entre los productos de los ensayos controlados al azar y la práctica clínica rutinaria.

Con afán de lograr avances en el conocimiento del papel de variables diferentes a las técnicas y métodos del terapeuta, varias escuelas terapéuticas han elaborado diversos conceptos y explicaciones relacionadas con el rol que juegan las aptitudes y actitudes del mismo en el éxito. Una mirada general a las propuestas actuales demuestra que no existe consenso respecto a las habilidades y características que determinan el nivel de competencia del terapeuta (Rodríguez y Salinas 2011). Como un intento de establecer orden en el campo, Carrasco (2002) clasifica las habilidades del terapeuta en tres grandes grupos: habilidades centradas en las estrategias terapéuticas, las centradas en el proceso terapéutico y las centradas en la relación cliente-terapeuta. De acuerdo al autor, los dos primeros grupos hacen referencia al conocimiento teórico, la metodología y los procesos pertinentes para identificar los problemas y modificarlos. Esos dos grupos han generado una gran cantidad de investigación respecto a la efectividad

de las competencias técnico-metodológicas de los terapeutas que son entrenadas en ensayos controlados y validadas a través del producto en el cliente, lo cual ha sido un interés característico de la perspectiva Cognitivo-Conductual (Kingdon, Tyrer, Seivewright, Ferguson & Murphy, 1996).

Por otro lado, las habilidades de relación cliente-terapeuta, referidas como variables inespecíficas por diversas orientaciones, aún están a la espera de ser investigadas de manera confiable y sistemática.

Actualmente, el campo de las habilidades centradas en la relación terapéutica comprende el estudio de las variables no específicas relacionadas a las características y habilidades personales del terapeuta, independientemente de la orientación conceptual. Estas habilidades incluyen aspectos disposicionales, habilidades y conocimientos orientados a la facilitación de la relación con el cliente, o a la alianza terapéutica, para el logro de las metas acordadas entre ambos. Algunos aspectos que se consideran como parte fundamental en el proceso de ayuda es la empatía, la consideración de las necesidades del cliente, las habilidades de comunicación, las de relación interpersonal, la utilización de guías éticas y legales relacionadas con la profesión, el autoconocimiento de problemas y limitaciones personales que pueden interferir en el proceso de ayuda, entre otros factores que han sido propuestos desde diversas orientaciones.

Se han desarrollado diversas propuestas para el estudio del papel que juegan las variables inespecíficas relacionadas con el terapeuta y el cambio terapéutico. Por ejemplo, las aproximaciones eclécticas se han centrado en identificar los principios del cambio terapéutico, independientemente de tipo de tratamiento usado (Castonguay & Beutler, 2006), las conceptualizaciones integrativas han intentado plantear un modelo teórico del cambio (Smith & Grawe, 2003), la aproximación narrativa/constructivista ha enfatizado el análisis semántico de la interacción verbal paciente-terapeuta para identificar los mecanismos que subyacen a los cambios observados en ambientes clínicos (Caro, 2004). El estudio de dichas variables es aún complejo debido a que existe confusión conceptual (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004), una pluralidad metodológica

(Hill & Lambert, 2004; Hill, 2004) y gran diversidad de objetivos de investigación (Llewelyn & Hardy, 2001; Hill, *ibíd.*) que hacen muy difícil y complejo su estudio e integración.

Con base en las dificultades señaladas, se ha enfatizado (Frojan, Montaña y Calero, 2007) la necesidad de aproximarse al estudio de las variables inespecíficas a través de orientaciones conceptuales particulares de la psicología y, más específicamente, utilizando las mismas que se aplican en la conceptualización y alteración del comportamiento del usuario para el estudio de la interacción cliente-terapeuta (Rodríguez y Salinas, 2011). Tal forma de aproximación puede ser relevante si evita la confusión y la complejidad que dificulta el análisis de la materia. Una de las opciones que se presenta como interesante para llevar a cabo dicha tarea es la perspectiva conductual, dado que constituye un marco teórico sólido, con una metodología desarrollada y fundamentada en la experimentación.

Desde el punto de vista conductual, en donde la perspectiva del aprendizaje es relevante para entender el cambio en terapia, la relación usuario-terapeuta es inminentemente una relación de intercambio estructurado con el objetivo de que el usuario aprenda nuevas maneras de hacer, pensar y sentir para resolver efectivamente sus problemas, necesidades y deseos. En ese sentido, la relación terapéutica es un espacio en donde el usuario confronta sus problemas de comportamiento y aprende nuevas formas más efectivas de responder (Callahan, Naugle & Follete 1996) y el terapeuta organiza y estructura la interacción para lograr dichos fines. El proceso de la psicoterapia es visto como un proceso de mutua influencia en donde el terapeuta impacta la conducta del usuario y éste afecta a la conducta del primero; lo cual establece como principio el estudio de la interacción de ambos protagonistas para determinar qué conductas del usuario y terapeuta están relacionadas con el éxito terapéutico. Sin embargo, la interacción usuario-terapeuta es muy compleja para abordarla tanto en procesos momento a momento como integralmente. De esta manera se propone una aproximación de lo más simple a lo más complejo, iniciando con las características y comportamientos

del terapeuta que se relacionan con los productos clínicos deseados. Las variables inespecíficas relacionadas con el terapeuta cobran relevancia cuando consideramos que éste es quien estructura y organiza el proceso terapéutico con base en la concepción que tiene de los comportamientos problema del usuario y los nuevos que debe aprender para resolverlos efectivamente.

Así, desde una perspectiva conductual, el terapeuta es una fuente de aprendizaje que, idealmente, fundamenta su intervención en estrategias diseñadas con base en procesos y técnicas de aprendizaje que requieren de un comportamiento potencializador para la efectividad de las mismas; es decir, el terapeuta además como agente de aprendizaje, debe tener para el usuario un valor importante para el logro de sus objetivos en un sentido amplio y, por tanto, como una gran fuente de reforzamiento. El proceso terapéutico, al margen de cualquier orientación teórica, implica para el terapeuta el desarrollo de relaciones que faciliten la comunicación, la confianza y la expectativa de cambio en el usuario, pero también la transmisión de capacidad y competencia. Es una relación que se construye y fortalece a lo largo de todo el proceso terapéutico y no solamente ligada a partes iniciales de la relación usuario-terapeuta. Sin duda, las habilidades del terapeuta que están relacionadas con su competencia para establecer relaciones interpersonales, caracterizadas por un alto nivel de cercanía afectiva y comunicativa son importantes, y mucho dependen de un estilo personal que ha sido parte de su desarrollo histórico como individuo. Los procesos implicados en el cambio de la conducta del usuario durante la terapia tienen que ver con las habilidades de relación del terapeuta, su conocimiento y cómo entiende los problemas de comportamiento del cliente; con base en ellos se construye la capacidad de ser una fuente de reforzamiento efectivo, capaz de influir y guiar hacia nuevos comportamientos que resuelvan los problemas del cliente. Es importante considerar que la relación usuario paciente es una interacción en donde el comportamiento de uno de los miembros de la diada en el contexto de la terapia altera el comportamiento del otro y es necesario también considerar el comportamiento del usuario para explicar cómo éste altera el

comportamiento del terapeuta. Si se considera la relación usuario-terapeuta como una interacción, entonces se hace imprescindible estudiar cómo influye el comportamiento del cliente sobre la conducta del clínico, sólo así podremos aproximarnos a una comprensión real del proceso terapéutico (Beutler, 1991). Sin embargo, con base en lo señalado en líneas anteriores, una primera aproximación es el estudio de lo que el terapeuta hace y dice en la relación, es decir de aquel comportamiento por el cual logra intervenciones exitosas; las aproximaciones subsecuentes, implican el estudio del comportamiento del usuario y las formas en las que afectan el comportamiento del terapeuta en el proceso clínico, ello debe llevar a integrar un estudio completo de la interacción y relacionarlo con el resultado de la terapia.

Desde una perspectiva Cognitivo-Conductual, podemos encontrar algunos antecedentes relacionados con el estudio de las variables inespecíficas del terapeuta al producto de la intervención. Se ha investigado sobre las técnicas que potencializan la efectividad de los tratamientos y los efectos de las habilidades del terapeuta, el papel del lenguaje en terapia y la relación terapeuta-cliente; también, se ha intentado sistematizar aspectos inespecíficos de la terapia como la relación usuario-terapeuta y se enfatiza el papel del lenguaje como la clave terapéutica del cambio (Froján, Montaña y Calero, 2010).

En cuanto a la investigación del papel de las variables inespecíficas, más concretamente, cobran importancia los trabajos realizados por Froján y colaboradores (Froján, Calero y Montaña, 2006; 2007; 2011 y; Froján, Montaña, Calero, García, Garzón y Ruiz, 2008;) ya que desarrollan un sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta durante el proceso terapéutico. Esta aproximación parte de varios presupuestos teóricos y metodológicos: a) se sustenta en el enfoque de la Psicoterapia Analítico Funcional, que se basa en los principios radicales del conductismo; b) se entiende la interacción paciente terapeuta como un proceso de discriminación y reforzamiento a través de la cual el terapeuta moldea la conducta del paciente en la situación clínica, según los principios desarrollados por Callahan, Naugle y Follette (1996) (Kohlenberg et al.,

2005 en Froján, Montañó y Calero, 2010); c) se enfatiza el estudio de la conducta verbal en ambientes clínicos desde una perspectiva funcional basada en la teoría de Skinner acerca del lenguaje, pero sin usar su taxonomía. Estos autores consideran que llevando a cabo un análisis funcional de la interacción verbal de la relación paciente-terapeuta se pueden identificar mecanismos de aprendizaje que son responsables del cambio de la conducta. En esta lógica, el estudio de lo que hace y dice el terapeuta, como un agente principal de cambio, es de vital importancia para entender y explicar por qué se produce éste en el usuario.

Froján, Calero, Montañó, García, Garzón y Ruiz (2008) plantearon un sistema de la conducta verbal del psicólogo clínico durante la intervención utilizando una metodología observacional que consideran rigurosa. Dicha metodología consistió de la observación grabada de sesiones de diversos terapeutas con su paciente, la codificación de la conducta verbal de los clínicos de acuerdo a la funcionalidad relacionada al aprendizaje del paciente durante las sesiones y el desarrollo de un procedimiento para mejorar la confiabilidad entre observadores. El resultado es el sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta, denominado por las siglas SISC-CVT. El sistema de observación es relativamente sencillo, contiene ocho categorías de respuesta verbal del terapeuta en forma de descripción topográfica y su definición con ejemplos y contraejemplos; cuatro de dichas categorías son consideradas como *evento* y sólo se registra su ocurrencia y las categorías *estado* para las cuales se registran los tiempos de inicio y finalización. Las categorías de *evento* fueron: topografía discriminativa, evocadora, refuerzo y castigo. Las categorías de estado fueron: Informativa, instruccional, motivadora y otras. Las categorías fueron construidas con base en la consideración de que la terapia conductual puede ser definida como la aplicación de las operaciones conductuales básicas para la resolución de problemas psicológicos (Catania, 1992; Pérez, 1996, 2004; citados en Froján, Montañó, Calero y Ruiz, 2011). Dichas operaciones son: observación de la conducta, presentación de estímulos, disposición de control antecedente, disposición de consecuencias, establecimiento de funciones motivadoras y alteración funcional

mediante reglas. Todas las operaciones conductuales son la base constitutiva de la Modificación de Conducta, de acuerdo con dichas autoras.

Consideramos que el trabajo de Froján y su equipo tiene el acierto de estar basado en un modelo teórico bien establecido; sin embargo, se limita a la lógica de variables y no considera la existencia de procesos de comportamiento de distinta complejidad.

El trabajo que aquí se presenta parte de una aproximación interconductual (Ribes y López, 1985) y más específicamente de la metodología del análisis contingencial desarrollada por Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa en 1986. Dicha metodología no se explica en este trabajo, aunque es importante mencionar que contiene las categorías que permiten hacer un análisis funcional de la relación terapéutica, considerando la diferenciación de procesos de comportamiento con base en su complejidad, y que permite entender el comportamiento con criterios funcionales que no se restringen a la morfología, ni a la lógica de las variables, como ocurre en el trabajo de Froján y colaboradores.

Con estas bases, el objetivo de este trabajo fue confiabilizar y validar un instrumento desarrollado específicamente para estudiar el comportamiento del terapeuta. En un trabajo anterior (Rodríguez y Salinas, 2011) se presentan los fundamentos conceptuales para la investigación que aquí se reporta; baste entonces, señalar que el diseño de este instrumento se basó directamente en las siguientes premisas:

1. El terapeuta que logra generar cambios de comportamiento del usuario en su ambiente natural, tiene una función mediadora, esto es, su comportamiento estructura las nuevas contingencias que habrá de enfrentar usuario.
2. Si el usuario altera la contingencia problema, en función de la relación terapéutica, el proceso que explicaría los cambios del usuario en su ambiente es un proceso de tipo extrasituacional; esto es, si el usuario se comporta en el ambiente en el que reporta el problema, no con base en las condiciones de estimulación presentes, sino con base en lo ocurrido

durante la terapia, la función mediadora o reguladora del terapeuta es de tipo extrasituacional, en tanto su influencia trasciende el ambiente del consultorio.

3. El terapeuta, independientemente de su orientación, puede ser consistente en la forma de relacionarse con los usuarios, de modo que una aproximación preliminar al estudio del comportamiento del terapeuta, es la identificación de estas posibles consistencias, en la forma de estilos terapéuticos.
4. Partiendo de la posible existencia de dichos estilos, así como de la dimensión moral de todo comportamiento valorado como problema, se considera apropiado partir de una clasificación que hace Ribes (1992) para estudiar modos o estilos de regular extrasituacionalmente prácticas valorativas. Dichos modos en los que se puede establecer normatividad en las interacciones sociales, y que son de utilidad para el análisis del comportamiento del terapeuta en nuestra propuesta son: a) por prescripción, cuando el o los mediadores de una relación modelan o instruyen sobre una clase de interacción; b) por indicación, cuando el mediador señala una opción de comportamiento sobre otra; c) por facilitación, cuando se auspician o disponen las condiciones para que se dé la relación requerida; d) por justificación, cuando se instruye o modela sobre las consecuencias deseables que siguen a dicha relación; e) por sanción, cuando se operan consecuencias concretas para la interacción; f) por advertencia, cuando se señalan las consecuencias que pueden ocurrir dado un comportamiento específico; g) por comparación, cuando se contrastan dos formas de relación; h) por condicionamiento, cuando se instruye sobre los requerimientos a cumplir previos a una relación; i) por prohibición, cuando se señala la imposibilidad de una conducta y; j) por expectación, cuando se instruye sobre las demandas sociales que una relación debe satisfacer (Ribes. 1992) y;

5. los posibles estilos terapéuticos, estarían, a su vez, conformados por diversas competencias y habilidades específicas que tendrían que irse identificando.

Con base en las premisas anteriores, nos pareció que era importante llevar a cabo un primer acercamiento al estudio de habilidades del terapeuta que pueden conformar estilos terapéuticos, considerando el nivel de participación del clínico con su usuario. De esta manera, consideramos que habría, inicialmente, dos estilos fácilmente identificables con base en el nivel de participación del terapeuta en el proceso: el estilo prescriptivo y el reactivo. El estilo prescriptivo se distingue por una participación activa del terapeuta, en la que él toma el control del proceso terapéutico, dando instrucciones, consecuencias, modelando, haciendo prohibiciones, entre otros. En cambio, en el extremo del espectro, estaría el estilo reactivo que comprende un comportamiento más pasivo en la que la función básica es escuchar.

A partir de esta clasificación inicial, se consideró importante identificar algunos comportamientos que el terapeuta lleva a cabo con el propósito de regular extrasituacionalmente el comportamiento del usuario. Para tal efecto, se utilizó la clasificación de los modos de establecer normatividad de las prácticas valorativas de los usuarios que propuso Ribes en 1992 y se elaboraron 15 reactivos con dos tipos de respuesta: el nivel de importancia que el terapeuta le atribuye a dicho comportamiento y la frecuencia con la cual se comporta de esta manera. Así, cada reactivo ejemplificó distintos comportamientos que podrían ir conformando los dos estilos.

De estos 15 reactivos, trece corresponderían al estilo prescriptivo y dos al reactivo. Los 13 reactivos que implican un estilo activo (prescriptivo) ilustran algunos de los modos de regulación extrasituacional propuestos por Ribes (1992): prescripción, reactivos 1 y 2; facilitación, reactivos 3, 10, 11, 12; comparación, reactivo 13; justificación, reactivo 4; sanción, reactivos 5 y 6; advertencia, reactivo

7; prohibición, reactivo 8 expectación, reactivo 9. Los reactivos 14 y 15 se incluyen para identificar algunos comportamientos propios de un estilo reactivo.

La redacción de los reactivos se desarrolló ejemplificando el comportamiento del terapeuta de tal manera que el sentido fuera claro y evitando sesgos conceptuales en la medida de lo posible; por ejemplo, “Cuestionar las opiniones o el comportamiento del cliente para que él genere algún cambio”. En ese caso el “cuestionar las opiniones o el comportamiento” es establecer una regulación por comparación, regularmente con un criterio normativo o valorativo, al margen de alguna orientación terapéutica particular.

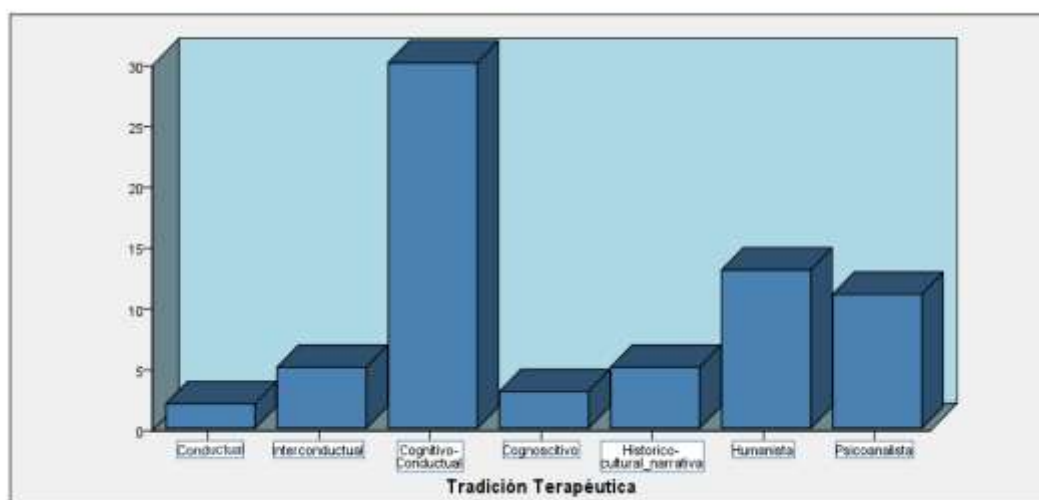
En cada una de los reactivos se plantearon dos tipos de pregunta a responder en una escala tipo Likert de 4 y 5 puntos respectivamente: a) qué tan importante es para el terapeuta y; b) qué tanto lo hace. Con la primera respuesta podremos obtener una aproximación de la consideración que cada terapeuta tiene de dicho modo de regulación y la probabilidad de estar incorporado a su estilo. Mientras que con la segunda podemos establecer la posible consistencia, con base en la frecuencia reportada para tal comportamiento. Se puede esperar que cuando califiquen algún modo como muy importante también lo reporten como utilizado siempre, o cercano a dicha frecuencia, aunque puede darse el caso de que, dada una orientación teórica particular, lo consideren importante y, en la práctica, no forme parte de su estilo. Otro aspecto a considerar es que los diversos modos muestreados en los reactivos, no son excluyentes.

La utilización de un instrumento tipo inventario nos pareció pertinente debido a la factibilidad, facilidad y economía que implica su aplicación –evitando métodos invasivos en los procesos terapéuticos en curso- así como la posibilidad de utilizar métodos de análisis estadísticos estándar, sin necesidad de modificarlos para su adecuación a la estrategia metodológica. Además, considerando que nuestra propuesta está en una etapa exploratoria, su desarrollo indicará la necesidad de utilizar metodologías de control más sofisticadas posteriormente.

MÉTODO

Participantes: Los participantes fueron 69 terapeutas, 27 del género masculino y 42 del femenino con una media de edad de 43.5 (mínimo 23 y máximo de 66 años) años. La población fue seleccionada a través de un muestreo intencional de acuerdo a su disponibilidad para responder al inventario. Respecto a la afiliación de los participantes a una tradición terapéutica, 30 (43.5%) pertenecían a la cognitivo-conductual, seguido de la escuela humanista con 13 (18.8%) y la psicoanalista con 11 (15.9%). Como dato adicional, considerando los fundamentos básicos de la filosofía que comparten las tradiciones y agrupando aquellas de índole “conductual” (conductual, interconductual, cognitivo-conductual y cognitivo), los terapeutas que muestran dicha filiación fueron un total de 40 (el 58%).

Criterios de Inclusión: psicólogos clínicos que hayan ejercido tal función al menos durante un año. Véase gráfica1.



Gráfica 1

El número de años de experiencia terapéutica más frecuente fue de más de 20 (30%), seguido de 5 a 10 años (26.1%) y de 15 a 20 (21.7%). La cantidad promedio de clientes por semana que reportaron atender los participantes fue: 1 a 5 (27, el 39.1%) y de 5 a 10 (25, el 36.2%).

Tipo de estudio: La investigación se llevó a cabo a través de un diseño descriptivo de tipo transversal que consiste en examinar a varias personas en un solo punto del tiempo (Salkind, 1998).

Variables e Instrumentos: Cuestionario tipo Inventario de “competencias terapéuticas” que constó de 22 preguntas, dividido en tres partes. La primera parte incluyó cinco preguntas dirigidas a recolectar los datos demográficos de los participantes y dos preguntas elaboradas con una escala tipo Likert de cinco opciones acerca de la auto-percepción del grado de éxito como terapeutas que percibían él o ella y aquel que creían que percibían los demás acerca de su competencia terapéutica.

La segunda parte consistió de una pregunta para calificar su tendencia general como terapeuta a ser prescriptivo o reactivo y dos preguntas en escala tipo Likert para identificar el nivel de tendencia a ser prescriptivo y reactivo en fases iniciales del proceso de intervención y en fases posteriores del mismo. La tercera parte del instrumento consistió de 15 preguntas con dos repuestas diferentes. En cada una de las 15 preguntas se le presentó al encuestado un comportamiento correspondiente a algún modo de regulación extrasituacional (modelar, sancionar, convencer, argumentar, desaprobar, entre otras), de acuerdo con los modos propuestos por Ribes (1992), y se les pidieron dos tipos de respuesta en una escala tipo Likert de cuatro puntos acerca de qué tan importante (nada importante, poco importante, importante y muy importante) era esa habilidad para ayudar al cliente en el proceso terapéutico y en el mismo tipo de escala -pero ésta de cinco puntos- qué tan frecuentemente se comportaban de este modo (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre).

De esta manera, el instrumento se construyó con base en cuatro dimensiones básicas: 1) prescriptividad-reactividad; 2) prescriptividad-reactividad en fases iniciales y posteriores del proceso de intervención; 3) valoración de la importancia de diversas habilidades desplegadas comúnmente en el proceso

terapéutico y; 3) la frecuencia de aplicación de las habilidades valoradas. Véase el inventario en anexo.

Procedimiento.

Validación del instrumento.

El procedimiento de validación del instrumento consistió de varias fases.

Fase I. Construcción de reactivos. Se solicitó a cuatro psicólogos de diferentes orientaciones teóricas (psicoanalista, humanista, conductual e histórico-cultural) con más de cinco años de ejercicio profesional en el área clínica que describieran, al menos, 10 actividades que llevaban a cabo comúnmente con sus clientes, independientemente del problema y la persona, para que resolvieran su problema parcial o totalmente. Con tales descripciones, se desarrollaron 30 reactivos que contenían afirmaciones de comportamientos que el terapeuta lleva a cabo en el consultorio con su cliente. Posteriormente, después de varios días y con la intención de elegir los reactivos que pudieran ser los más representativos de lo que hacen los terapeutas con sus usuarios para regular su comportamiento extrasituacionalmente, se les solicitó que indicaran, con una escala tipo Likert de cuatro puntos (Nada, poco, regularmente, frecuentemente) qué tanto cada uno de los reactivos “reflejaba” lo que hacían con su cliente en términos de frecuencia. Se seleccionaron aquellos reactivos que obtenían individualmente un promedio de tres a cinco puntos como los más representativos, descartándose los demás; de esta manera quedaron 16 reactivos.

Fase II. Validación de contenido de los reactivos. Esta fase implicó la clasificación de los 16 reactivos seleccionados en ocho de los 10 modos de regulación extrasituacional que propone Ribes (op.cit) y que fueron los siguientes: prescripción, facilitación, comparación, justificación, sanción, advertencia, prohibición y expectación. Dos reactivos incluidos en el instrumento final se incluyeron sólo para identificar algunos comportamientos propios de un estilo reactivo y no formaron parte de los 16 que fueron objeto de la clasificación.

Para tal efecto, se procedió a solicitarles a cinco terapeutas de orientación interconductual, con experiencia de más de cinco años como terapeutas, que clasificaran los 16 reactivos en los ocho modos de regulación extrasituacional de manera libre. Cabe mencionar que los terapeutas eran expertos en la definición de cada modo de regulación y su identificación. Por separado, a cada uno se les entregaron 16 tarjetas, cada una con el reactivo redactado y numerado, posteriormente se les dio una hoja de codificación con las definiciones de cada uno de los modos de regulación. Se les solicitó que leyeran cuidadosamente cada reactivo y anotaran en la hoja su número en el modo de regulación en el que encajara lo mejor posible, indicándoles que no importaba la cantidad de reactivos que pudieran caer en algún modo de regulación, o que algún modo no tuviera algún reactivo; es decir, no fueron forzados a que hubiera un número fijo de reactivos para cada modo de regulación. Se computó manualmente el número de veces que los cinco jueces acordaron en que los reactivos eran representativos de alguno de los ocho modos de regulación.

Un siguiente paso fue obtener el índice Kappa de Randolph (Randolph, 2005; Warrens, 2010) que toma en cuenta las distribuciones marginales libres cuando los clasificadores no son forzados a asignar un cierto número de reactivos en cada categoría (modo de regulación), tal como lo sugieren Brennan y Prediger (1981). La utilización de dicho indicador se hizo considerando que nos permite medir la tasa de concordancia entre varios jueces, reactivos y categorías, excluyendo el acuerdo al azar. Los valores de kappa están en un rango de -1.0 y 1.0, con -1.0 indicando un desacuerdo perfecto por debajo del azar, 0.0 indicando igual acuerdo debido al azar y 1.0 indicando perfecto acuerdo por encima del azar. Una regla generalizada es que una kappa igual, o por encima, de .70 indica una tasa de acuerdo interclasificadores adecuada. El indicador kappa se llevó a cabo usando el calculador de Internet "Online Kappa Calculator", disponible en: <http://justus.randolph.name/kappa>). Se eliminaron los reactivos que no pudieron ser clasificados por al menos tres de los cinco clasificadores, aquellos que disminuían significativamente el índice kappa general obtenido ($< .70$), y también

aquellos que individualmente obtenían índices entre 0.41 – 0.60 (considerados como indicadores de acuerdo moderado en el estadístico kappa de Cohen). Los reactivos que fueron incorporados al análisis final fueron los siguientes:

Reactivos
1. Modelar la manera en que su cliente debe hacer las cosas en su ambiente natural para la solución parcial o total de su problema.
2. Explicar al cliente, con mucha claridad, la opción u opciones de comportamiento que serían más útiles en la solución de su problema.
3. Convencer al cliente para que se comporte de la manera más conveniente para que él solucione su problema.
4. Argumentar sobre las ventajas que el cliente tendría si cambia su comportamiento.
5. Mostrar desaprobación al cliente cuando se comporta de manera que agrava su problema o, por lo menos, no le permite avanzar.
6. Otorgar aprobación o reconocimiento al cliente por sus logros.
7. Advertir con claridad los riesgos y desventajas de algún comportamiento.
8. Hacer prohibiciones respecto a la forma de comportarse (incluido hablar y pensar) del cliente.
9. Explicar al cliente las demandas sociales que debe cumplir en aquellos ambientes en los que reporta problemas.
10. Instigar al cliente para que ofrezca sus propias soluciones.

11. Expresar sus opiniones con respecto al comportamiento del cliente, clara y abiertamente.
12. Emplear el sentido del humor para generar algún cambio en el comportamiento del cliente.
13. Cuestionar las opiniones o el comportamiento del cliente para que él genere algún cambio.
14. Escuchar con atención al cliente
15. Observar las características físicas y el comportamiento del cliente en el consultorio.

Fase III. Determinación de la capacidad discriminante de los reactivos. Se elaboró el cuestionario con los reactivos con el mayor acuerdo inter-clasificadores y se incorporaron dos que exclusivamente pretendían determinar modos de regulación reactiva. También, el cuestionario elaborado incluyó una pregunta para que el encuestado reportara su estilo terapéutico como “Prescriptivo” o “Reactivo” con base en las siguientes definiciones: 1) El estilo Prescriptivo es referido como un tipo de participación muy activa en la que Ud. toma el control del proceso terapéutico dando instrucciones, consecuencias, haciendo comentario, confrontando, reflejando el comportamiento del cliente, etc.; 2) el estilo Reactivo alude a un comportamiento más pasivo en el que la función básica es la de escuchar.

De esta manera, con la auto-clasificación de los encuestados, se conformaron dos grupos: Prescriptivo y Reactivo. Con base en esos dos grupos se llevó a cabo la determinación de la capacidad discriminante de cada reactivo a través de la prueba análisis discriminante en SPSS ver. 17.0. La elección del análisis discriminante se hizo considerando que es una prueba que nos permite comprobar la capacidad que tiene cada reactivo para discriminar entre los dos grupos y también para determinar la o las variables predictoras que permiten identificar a qué grupo pertenece un nuevo caso o sujeto; en este sentido, el

análisis nos permitirá determinar cuál es la pregunta y/o modo de regulación que permite discriminar confiablemente entre los dos grupos, para lo cual se llevó a cabo otro análisis discriminante para las preguntas agrupadas por dichos modos, tal como se clasificaron por los cinco jueces.

Posteriormente, se obtuvo para el instrumento en su conjunto el índice de confiabilidad a través del Alfa de Cronbach, para determinar la consistencia interna del instrumento en su totalidad. El coeficiente Alfa de Cronbach es considerado un potente indicador de la consistencia interna de los reactivos y lo hace a través de obtener la correlación entre los reactivos y de ellos con el total. El coeficiente obtenido tiene un rango 0 y 1, indicando 0 que la consistencia, y por ende la confiabilidad, es nula y 1 indicando la máxima.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis factorial con el método de extracción de Componentes Principales con rotación Varimax de los factores extraídos con valor propio mayor a 1, asimismo se eligieron aquellos reactivos con cargas factoriales mayores a .30. El resultado del análisis factorial sólo se utilizó para hacer inferencias acerca de la combinación posible de modos de regulación que usa la muestra del presente estudio y no para determinar los constructos subyacentes, dado que la misma es considerada estadísticamente pequeña.

Procedimiento de aplicación.

Se contactaba previamente al terapeuta en su lugar de trabajo habitual (facultad, consultorio, escuela y centro de atención) y se le pedía su colaboración para contestar el instrumento, explicándoles brevemente el propósito del estudio. Una vez que accedían a contestar el mismo, se les entregaba y los encuestadores esperaban a que lo llenaran. Cuando había dudas respecto a cualquier pregunta (lo cual fue infrecuente), se contestaba con el menor número de frases posibles y dando ejemplos derivados del mismo instrumento. Posteriormente, se le agradecía su participación y los encuestadores se retiraban del lugar.

Medidas.

Frecuencia de empleo de modos de regulación específicos. La medida recolectada de esta variable correspondió a la puntuación obtenida de la suma de los puntajes correspondientes en la escala tipo Likert de cinco puntos (Nunca= 1, Casi nunca= 2, A veces= 3, Casi Siempre= 4 y, Siempre= 5) que indicaba la frecuencia en que el terapeuta reportó practicar los comportamientos muestreados.

Importancia atribuida a los distintos modos de regulación. La medida recolectada de esta variable correspondió a la puntuación obtenida de la suma de los puntajes correspondientes en la escala tipo Likert de cuatro puntos (Nada importante= 1, Poco importante= 2, Importante= 3, Muy importante=4).

Modos de regulación: la medida recolectada de esta variable correspondió a la media de la puntuación obtenida de los reactivos agrupados de acuerdo al modo de regulación extrasituacional previamente validado en su contenido y que se muestra en la siguiente tabla:

Modo de regulación Reactivos

Por prescripción	1 y 2
Por facilitación	3, 10, 11 y 12
Por comparación	13
Por justificación	4
Por sanción	5 y 6
Por advertencia	7
Por prohibición	8
Por expectación	9
Modo reactivo	14 y 15

Resultados.

Los resultados fueron analizados utilizando el procesador estadístico SPSS (versión 17) para Windows. A continuación se describen los principales hallazgos.

La validación del instrumento se hizo a través del análisis de contenido de los reactivos conforme a la representatividad de cada uno de ellos dentro de los ocho modos de regulación extrasituacional arriba reseñados. Para esto, se obtuvo el índice kappa del porcentaje de acuerdos total y el índice kappa de Randolph, que mide la tasa de acuerdo inter-jueces con el método de marginales libres, útil para múltiples clasificadores, reactivos y categorías; se utilizó la calculadora *Online Kappa Calculator* (disponible en <http://justus.randolph.name/kappa>). El índice kappa de acuerdo total inter-jueces fue 0.8500 y el de marginales libres fue 0.7000. Dichos índices se obtuvieron con 16 reactivos, eliminándose tres que individualmente obtuvieron un índice menor a .50 (significando totalmente el azar en el acuerdo interjueces). De esta manera, consideramos que se obtuvo una validez de contenido dentro del margen de lo que se considera adecuado, puesto que los reactivos encajaban confiablemente en uno, y sólo en uno de los modos de regulación (imagen 1).

Online Kappa Calculator

NO of Cases: 16
 NO of Categories: 2
 NO of Raters: 5
 Reset

Enter the number of raters who agreed that a certain case belonged in a certain category in the cells below

Case	Category 0	Category 1
i	0	5
j	1	4
k	0	5
l	0	5
m	1	4
n	4	1
o	5	0
p	4	1

Calculate

Percent of overall agreement Po : 0.85000
 Fixed-marginal kappa : 0.551820
 Free-marginal kappa : 0.70000

Imagen 1.

Por otro lado, con el fin obtener mayor información de la validez del instrumento, se llevó a cabo un análisis de la función discriminante de los modos de regulación extrasituacional, puesto que esperamos que dicha función sirva para discriminar entre los encuestados en relación a su auto-identificación con un grupo, ya sea “Prescriptivos” o “Reactivos”; la idea básica de dicho análisis es determinar si unos grupos difieren en función de la media de una variable, el modo de regulación, y emplear luego esa variable para predecir la pertenencia de una nueva observación a determinado grupo.

El análisis discriminante de los reactivos agrupados en los modos de regulación en los cuales se clasificó, se llevó a cabo sólo para las respuestas a qué tan frecuentemente lo hacen, dado que consideramos que es una medida que refleja mejor la tendencia de los terapeutas en su ejercicio. El análisis se hizo con el método de introducción de independientes juntas, la clasificación calculada según el tamaño de los grupos y solicitando la visualizando de resultados para cada caso, además se solicitó el modelo de Lambda de Wilkins; asimismo, se obtuvo el grupo de pertenencia pronosticado, las puntuaciones discriminantes y probabilidades de pertenencia al grupo. Para las respuestas de la frecuencia con la que los terapeutas ejecutan los modos de regulación, el análisis discriminante arrojó los siguientes resultados:

presencia de estilo		Media	Desv. típ.
Prescriptivo	Prescripción frecuencia	3.7976	.81195
	Facilitación Frecuencia	3.6071	.79277
	Comparación Frecuencia	3.7857	1.20032
	Justificación frecuencia	4.2143	.78198

	Sanción Frecuencia	3.6548	.68510
	Advertir Frecuencia	4.2381	.84995
	Prohibición Frecuencia	2.3571	1.14384
	Expectación Frecuencia	3.7143	1.01898
	Modo Reactivo Frecuencia	4.5238	.52906
Reactivo	Prescripción frecuencia	2.5600	.95000
	Facilitación Frecuencia	2.8300	.80597
	Comparación Frecuencia	2.7200	1.13725
	Justificación frecuencia	2.8400	1.21381
	Sanción Frecuencia	3.0600	.99289
	Advertir Frecuencia	3.0000	1.29099
	Prohibición Frecuencia	1.8000	1.04083
	Expectación Frecuencia	2.6000	1.04083
	Modo Reactivo Frecuencia	4.4800	.58595

Tabla1. Estadísticos de grupo

Observando las medias y desviación típica de las variables de los grupos conformados en la tabla 1, puede concluirse que ambos son relativamente diferentes, es decir los grupos parecen no estar muy cercanos en cuanto a la media y la desviación estándar, por tanto se esperaría que la probabilidad de error en la clasificación a partir de estas variables no sea muy alta.

Con la ayuda de la prueba de igualdad de las medias de los grupos se ve que casi todos los modos de regulación son importantes para diferenciar entre los dos grupos (aceptación de la hipótesis alterna al $p < .05$), véase tabla 2. Aunque el modo de regulación por prohibición es el menos significativo (sig. .043), éste se encuentra dentro del margen de error establecido; el único que no arroja diferencias significativas es el modo propio del estilo reactivo ya que no es significativo ($p = .781$), aceptándose la hipótesis nula de igualdad de medias.

	Lambda de Wilks	F	gl1	gl2	Sig.
Modulación por prescripción	.671	31.857	1	65	.000
Facilitación Importancia	.785	17.824	1	65	.000
Comparación Importancia	.747	21.983	1	65	.000
Modula por Justificación	.751	21.553	1	65	.000
Modula por Sanción	.831	13.225	1	65	.001
Modula por advertencia	.772	19.156	1	65	.000
Modula por prohibición	.939	4.248	1	65	.043
Modula por expectativa	.792	7.040	1	65	.000
Modo Reactivo Frecuencia	.542	2.25	1	65	.781

Tabla 2. Pruebas de igualdad de las medias de los grupos

Los centroides de los dos grupos, contruidos con los coeficientes estandarizados de las funciones canónicas, evaluadas en las medias de los grupos, diferencias notables; los valores del grupo “Prescriptivos” se agrupan alrededor de .721 y los del grupo “Reactivo” en -1.211, como se muestra en la tabla 3.

presencia de estilo	Función
	1
Prescriptivo	.721
Reactivo	-1.211

Funciones discriminantes
canónicas no tipificadas
evaluadas en las medias de
los grupos

Tabla 3. Funciones en los centroides de los grupos

Con el objetivo de clasificar nuevos casos con base en sus respuestas de “frecuencia”, es importante contar con los coeficientes de la función de clasificación que se presentan en la tabla 4.

	presencia de estilo	
	Prescriptivo	Reactivo
Prescripción frecuencia	-.718	-1.766
Facilitacion Frecuencia	-.241	-.287
Comparacion Frecuencia	-3.820	-4.263
Justificacion frecuencia	-.083	-1.087
Sancion Frecuencia	5.496	6.371
Advertir Frecuencia	1.953	1.405
Prohibicion Frec	1.375	1.399
Expectacion Frecuencia	-.024	-.463
Modo Reactivo Frecuencia	18.757	20.694
(Constante)	-49.445	-49.845

Funciones discriminantes lineales de Fisher

Tabla 4. Coeficientes de la función de clasificación

Como podemos ver, cada modo de regulación se asigna como distintivo a aquel grupo que obtiene el mayor puntaje de clasificación. En este caso, el grupo reactivo obtiene puntajes de clasificación o de distinción en los siguientes modos: por sanción (mostrar desaprobación y otorgar aprobación), por prohibición y por comportamientos reactivos (escuchar y observar).

El análisis del número de casos auto-clasificados en cada grupo muestra que, con base en la media de sus respuestas en cada modo de regulación, lo hicieron erróneamente 10 de ellos. Es decir, se auto-clasificaron como prescriptivos cuatro participantes, aunque sus respuestas tendieron a tener puntajes similares a los del grupo reactivo; de igual manera, seis participantes del grupo reactivo se auto-clasificaron como tales, pero su estilo corresponde a los del grupo prescriptivo.

Tal como se muestra en la tabla 5, un 85.1% de los casos agrupados originalmente por la auto-clasificación en “prescriptivo” o “reactivo” lo hicieron correctamente con las funciones conformadas, lo que significa una capacidad de discriminación de los reactivos agrupados por modos de regulación bastante adecuada para clasificar nuevos casos con base en la media de sus respuestas de qué tan frecuente ejecutan cada modo de regulación extrasituacional.

presencia de estilo			Grupo de pertenencia pronosticado		Total
			Prescriptivo	Reactivo	
Original	Recuento	Prescriptivo	38	4	42
		Reactivo	6	19	25
	%	Prescriptivo	90.5	9.5	100.0
		Reactivo	24.0	76.0	100.0

a. Clasificados correctamente el 85.1% de los casos agrupados originales.

Tabla 5. Resultados de la clasificación^a

Con base en estos resultados, podemos enfatizar que el instrumento en general posee una potencia discriminante entre grupos bastante aceptable que permite predecir, con buen nivel de certeza, en qué grupo será clasificado un nuevo caso con base en sus respuestas; lo cual es importante tanto para la validez como para la confiabilidad del instrumento.

El análisis de confiabilidad del instrumento con la prueba Alfa de Cronbach, llevado a cabo con el total de los reactivos del instrumento y sus dos modalidades de respuesta (importancia y frecuencia) resultó bastante alta (Alfa .944). Las preguntas muestran correlaciones altas con el total de la escala, lo cual manifiesta buena homogeneidad, excepto en la pregunta 14, relacionada con la “importancia del escuchar al cliente” (-.013) y con qué frecuencia lo hace (.033), indicando que dicha pregunta con sus dos incisos (importancia y frecuencia) no apunta a la misma dirección de la escala, o no tiene la capacidad de discriminar entre los participantes; sin embargo, dichas preguntas se mantuvieron en el análisis del presente artículo en virtud de la varianza que ambas mostraban (.181 y .348

respectivamente) y de que no eran parte de los ocho modos de regulación estudiados.

Utilizando el Alfa de Cronbach, se llevó a cabo el análisis de confiabilidad general del instrumento sólo para las respuestas de qué tan importante era el comportamiento descrito en cada reactivo, arrojando un Alfa de .906; haciendo lo mismo para la respuesta de qué tan frecuentemente lo llevaban a cabo, en donde se obtuvo un Alfa de Cronbach de .890. Estos índices nos refieren que es un instrumento altamente confiable.

De igual manera, se llevó a cabo un análisis de confiabilidad a través de la prueba Alfa de Cronbach para las respuestas agrupadas por modos de regulación, obteniéndose los siguientes indicadores para los dos tipos de respuesta del instrumento (nivel de importancia y frecuencia de ejecución): .890 para importancia y de .880. Como se puede apreciar, el nivel de confiabilidad del instrumento se mantiene en niveles elevados ya sea considerando sus puntajes generales o agrupados por modos de regulación, así como por el tipo de respuesta analizada (importancia y frecuencia). Cuando se analiza la confiabilidad utilizando las preguntas agrupadas por modo de regulación extrasituacional, las correlaciones reactivo-total del instrumento se muestran por arriba de .60, a excepción de modo de regulación por expectación (.415 $p > .05$) y el modo de regulación que contiene reactivos que pretenden identificar maneras de comportamiento reactivo (modo reactivo) que obtiene una correlación de .340 $p > .05$; puntajes similares ocurren en el análisis de los reactivos individuales del instrumento.

Discusión y conclusiones.

Los resultados obtenidos nos permiten concluir que el instrumento construido es válido en términos de su contenido (validez de contenido) y confiable, razón por la cual se puede emplear para recolectar información acerca de los modos de regulación extrasituacional que utilizan los terapeutas de diversas orientaciones conceptuales, independientemente del problema y el cliente que estén tratando,

así como para identificar estilos de regulación que son más característicos de una u otra escuela terapéutica. Sin embargo, el reducido tamaño de la muestra nos debe llevar a ser cautelosos en la generalización de los resultados.

Un aspecto que debemos de considerar en el desarrollo de nuestro instrumento es que aunque carece de una validez de constructo elaborado por medio de un análisis factorial, éste posee una validez de contenido bastante aceptable que permite asumir que evalúa lo que se pretende y muestra una gran capacidad discriminante que abona en favor de la prueba de la validez del instrumento. Sin embargo, también es necesario llevar a cabo dicho análisis de constructo, puesto que es una regla indispensable en la caracterización psicométrica de cualquier instrumento de evaluación. En el presente trabajo se llevó a cabo un análisis factorial con las respuestas acerca de la importancia y la frecuencia con la que lleva a cabo cada comportamiento referido en los reactivos, por separado. Tal análisis se hizo extrayendo los principales componentes, con autovalores mayores a 1 y rotación varimax, produciéndose en el análisis de importancia (“Es”) de cada comportamiento referido en los reactivos cuatro factores y tres en el de frecuencia (“Lo hago”); sin embargo, no se pudo obtener una estructura conceptual diferenciada, lo cual puede deberse, por un lado, a que los diferentes estilos o modos de regulación muestreados no son mutuamente excluyentes, y por el otro, al tamaño de la muestra empleada, por ello sugerimos incrementar la muestra, confiando en lograr agrupaciones más claras en cada factor con muestras más grandes.

Como se recordará, uno de los objetivos del presente estudio fue determinar si los terapeutas que se auto-clasificaban como “prescriptivos” o “reactivos” podrían distinguirse por su consideración o frecuencia de utilización de diversos modos de regulación extrasituacional. Esta determinación fue posible a través de los resultados que se pueden observar en la tabla 4 en donde encontramos que, a través del análisis de los coeficientes de la función de clasificación, el grupo “reactivo” se puede identificar por sus puntuaciones medias en los modos de regulación por sanción, por prohibición y por los componentes

declaradamente reactivos como el escuchar atentamente al cliente y observar sus características físicas y comportamiento, siendo este último modo el que más los caracteriza (coeficiente de 20.69); aunque no implica que dichos modos no sean utilizados por aquellos que se auto-clasifican como prescriptivos. El análisis detallado de la tabla 4 también arroja información para caracterizar al grupo de terapeutas auto-clasificados como prescriptivos, encontrándose que reportan utilizar frecuentemente los modos de sanción y advertencia, así como comportamientos reactivos. Tales datos son, en parte, similares a conclusiones a las que llegan Froján, Montaña, Calero y Ruiz (2010) respecto a lo que hacen los terapeutas en el consultorio, tales como: "...traer a sesión respuestas emocionales, consolidar los progresos del cliente mediante la aprobación y el elogio de los mismos, mostrar su desaprobación ante comportamientos no deseables, motivar o señalar los beneficios del cambio y presentar instrucciones que guíen la realización de tareas fuera de sesión..."(p. 80-81). Todo lo cual creemos que pone en un camino prometedor el instrumento aquí desarrollado para que, con una perspectiva conceptual y metodológica diferente, se pueda entender el comportamiento del terapeuta.

A pesar de que estar en una fase exploratoria, insistimos en la importancia de ir entendiendo diversos aspectos de la relación terapéutica. El instrumento evaluado puede ser empleado para entender algunas diferencias en el comportamiento de psicólogos de diversas orientaciones. Igualmente puede esclarecer algunas de las habilidades que conforman los diversos estilos, relacionar estos comportamientos con el éxito obtenido, entre otras cosas. Por último, no está de más insistir en que el desarrollo de diversos instrumentos debe partir de una aproximación conceptual definida que oriente la investigación y dé sentido a los resultados encontrados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

www.revistas.unam.mx/index.php/repi www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin

- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: identifying empirically supported changes processes. ***Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training***. **43**, 2, 216-231.
- Beutler, L. E. (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al's verdict. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, **59**, 2, 226-232.
- Brennan, R. L., & Prediger, D. J. (1981). Coefficient Kappa: Some uses, misuses, and alternatives. ***Educational and Psychological Measurement***. (41), 687-699.
- Callahan, G. M., Naugle, A. E., y Follette, W. C. (1996). Useful constructions of the client-therapist relationship. ***Psychotherapy***, **33**, 381-390.
- Caro, I. (2004). A process analysis of linguistic change. ***Counselling Psychology Quarterly***, **17**, 4, 339-359.
- Carrasco, M. J. (2002). La empatía en la terapia cognitivo conductual. *Revista de Teología y Ciencias Humanas*. **60**, 117, 435-445.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (Eds) (2006). ***Principles of therapeutic change that work: Integrating relationship, treatment, client, and therapist factors***. New York: Oxford University Press.
- Froján Parga, M. X., Montaña Fidalgo, M. y Calero Elvira, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. ***Psicothema***, **18**, 797-803.
- Froján Parga, M. X., Montaña Fidalgo, M. y Calero Elvira, A. (2007). Why do people change in therapy? A preliminary study. ***Psychology in Spain***, **11**, 53-60.
- Froján Parga, M. X., Montaña Fidalgo, M., Calero Elvira, A., García Soler, A., Garzón Fernández, A. y Ruiz Sancho, E. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. ***Psicothema***, **20**, 603-609.
- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M. y Calero-Elvira, A. (2010). Therapist' verbal behavior analysis: A descriptive approach to psychotherapeutic phenomenon. ***Spanish Journal of Psychology***, **13**, 914-926.
- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M. y Calero-Elvira, A. (2011). Estudio comparativo de la conducta verbal del terapeuta según su experiencia durante la evaluación clínica. ***Anales de Psicología***. **27**, 2, 311-318.
- HILL, C. E. (2004). ***Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action*** (2nd ed.). Washington DC: American Psychological Association.

- Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy process and outcome. In M. J. Lambert (ed.), **Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior Change** (5th ed.). New York: John Wiley.
- Kingdon, D., Tyrer, P., Seivewright, N., Ferguson, B. and Murphy, S. (1996). The Nottingham study of neurotic disorder: Influence of cognitive therapists on outcome. **British Journal of Psychiatry**, **169**, 93–97.
- Llewelyn, S., & Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *Brithish Journal of Clinical Psychology*, 40, 1-21.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M.H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In M. J. Lambert (ed.), **Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior Change** (5th ed.). New York: John Wiley.
- Rakovshik, S.G., & McManus, F. (2010). Establishing evidence-based training in cognitive behaviour therapy: A review of current empirical findings and theoretical guidance. **Clinical Psychology Review**, **30**, 496-516.
- Randolph, J. J. (2005). Free-marginal multirater kappa: An alternative to Fleiss' fixed-marginal multirater kappa. Paper presented at the Joensuu University Learning and Instruction Symposium 2005, Joensuu, Finland, October 14-15th, 2005.
- Randolph, J. J. (2008). *Online Kappa Calculator* [Online software]. [Disponibile online http://justus.randolph.name/kappa](http://justus.randolph.name/kappa)
- Ribes, E. (1992) Factores macro y microsociales participantes en la regulación del comportamiento psicológico. **Revista mexicana de Análisis de la Conducta**, **18**, 39-56.
- Ribes, E. y López, F. (1985). **Teoría de la conducta**. México: Trillas.
- Ribes, E., Díaz-González, E., Rodríguez, M. L. y Landa, P. (1986). El Análisis Contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. **Cuadernos de Psicología**, **8**, 27-52.
- Rodríguez, L. C., y Salinas, J. R. (2011). Entrenamiento en habilidades terapéuticas: Algunas consideraciones. **Enseñanza e Investigación en Psicología**, **16**, 2, 211-225.

Salkind, N.J. (1998). **Métodos de Investigación**. 3ra. Ed. Ed. Prentice Hall. México.

Smith, E. C., & Grawe, K. (2003). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. **Clinical Psychology and Psychotherapy**, **10**, 275-285.

Warrens, M. J. (2010). Inequalities between multi-rater kappas. **Advances in Data Analysis and Classification**. **4**, 271-286.