

A 31921
47



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**DESCRIPCION DE UNA RELACION PSICOTERAPEUTICA POR
MEDIO DE UNA TAXONOMIA CONDUCTUAL**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
MARTHA GABRIELA / DIAZ RODRIGUEZ
KARINA RAMIREZ BOLAÑOS



IZTACALA

**COMISION DICTAMINADORA: DR. JOSE DE JESUS VARGAS FLORES
MTRA. EDILBERTA JOSELINA IBAREZ REYES
DR. CARLOS NAVA QUIROZ**

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO,

2003

**TESIS CON
FALLA DE CALIFICACION**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Al Dr. José de Jesús Vargas Flores

Por habernos brindado la oportunidad de formar un equipo con él, en el cuál encontramos un gran apoyo de su parte al mostrar interés y preocupación por nuestro trabajo, y por orientar nuestro arduo camino para titularnos cuando más se nos dificultó seguir adelante.

Le agradecemos la confianza que tuvo en nosotras para concluir el proceso de titulación, pero principalmente agradecemos su amistad, que fue lo más importante en el periodo en el que convivimos con él, ya que de esta forma se hizo más fácil nuestra relación de trabajo; nos dio libertad de expresión y nos alentó cuando cometimos algún error, nunca nos dejó caer y siempre nos mostró una visión de lo que haremos a futuro, y distinguiendo nuestras virtudes.

Siempre tendremos un grato recuerdo de él, además del afecto y admiración que siempre le guardaremos.

MARTHA Y KARINA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Por habernos dado la oportunidad de formar parte de la comunidad estudiantil de la Máxima Casa de Estudios, y con esto brindarnos la capacidad de ser personas con un amplio criterio que se basa en la formación profesional que se nos dio, permitiendo expresarnos libremente y defender nuestras ideas; de esta manera nos ha formado para ser mejores personas y, sobre todo, mejores profesionistas, preocupadas por dar un buen servicio a la sociedad.

Le agradecemos también por darnos la facilidad de cumplir una de nuestras principales metas en la vida, preocupándose más por nuestra formación profesional que por intereses económicos; ya que de esta forma se da la oportunidad de que todas las personas que aspiran a ser estudiantes de la UNAM puedan tener acceso a ésta institución sin importar su nivel económico.

A la Mtra. Josefina Ibáñez Reyes y al Dr. Carlos Nava Quiroz

Por formar parte de la comisión dictaminadora de nuestra tesis, y por el tiempo brindado en la orientación para la mejor presentación del presente trabajo.

MARTHA

TESIS CON
FALLA DE CUBEN

A mi padre

Gracias papá, por contar con tu apoyo en todo momento de mi vida, y más por contar contigo en los momentos más difíciles tratando de buscar siempre mi bienestar, además de iluminar mi camino con tu sabiduría, enseñándome a arriesgar lo poco que se tiene para conseguir algo mejor, además me has enseñado que en esta vida triunfa el que traseiende y me has corregido inteligentemente en mis momentos de desorientación.

Tu has representado una parte muy importante en mi vida ya que además de ser mi padre, eres mi maestro y mi amigo y son pocas las personas que se entregan plenamente como tu a sus hijos. Por esta y muchas más razones siempre te agradeceré todo el apoyo y amor que me has brindado.

A mi madre

A ti mamá que te has entregado plenamente a tu familia y especialmente te agradezco cada momento que he pasado contigo, ya que tu me enseñaste como afrontar la vida, siempre me escuchaste cuando tenía algo que contarte y me apoyaste y orientaste en mis decisiones, además de corregirme y exigirme cuando lo consideraste conveniente, siempre preocupándote por mi bienestar.

Además quiero decirte que formas una parte muy importante en mi vida ya que me has brinda tu amor de una forma incondicional, por que no solo con dar la vida a un hijo es suficiente para que a alguien se le llame madre, sino que realmente merece ser llamada así, a quien te da la vida; y además entrega parte de su vida en dar apoyo, comprensión y amor a sus hijos, y una de esa personas que se gana a pulso ese nombramiento eres tú. Por eso te estaré siempre agradecida por todo lo que has hecho por mi.

A mi hijo

Por ser la motivación más grande de mi vida para salir adelante, ya que con tu sola presencia has llenado mi vida de grandes dichas y esto ha provocado que me fije una meta muy clara en mi vida, que es apoyarte en todo momento para que puedas conseguir tus metas, pero siempre viviendo alegre y orgulloso de lo que tienes.

Eres tan importante en mi vida que nunca te puedo sacar de mi mente y de mi corazón y con una sola sonrisa tuya alivias mis frustraciones convirtiéndolas en esperanzas para valorar el verdadero significado de la vida que es el amor.

A mi marido

Por compartir grandes momentos durante nuestra relación y poner empeño en ella para que predomine el amor, el afecto, la confianza, el respeto mutuo y la ternura que hasta este momento nos ha mantenido unidos. Además de compartir y apoyar mis decisiones para alcanzar las metas que me he propuesto pensando en mi satisfacción personal y permitiendo realizarme como persona y no solo como esposa y madre, lo cual me ha ayudado a sentirme satisfecha ya que siento que mi vida esta completa.

A mi hermano

Con quien he compartido muchos momentos alegres que realirman nuestra buena relación y que aunque podamos tener diferencias siempre debe predominar el sentimiento de apoyo y comprensión en los dos, basado en las enseñanzas de nuestros padres.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A mi abuelita Lupe

Quien tuvo grandes esperanzas en mí para lograr concluir mis estudios, al mismo tiempo por contar con sus consejos y su apoyo para seguir adelante y por el inmenso cariño que siempre me ha demostrado.

A mis tíos

(Martín, Pedro, Angélica, Ramona y Ángel)

Por contar con su plena confianza al crearme capaz de alcanzar mis metas y contar con una palabra de apoyo y aliento de su parte en mis momentos difíciles, igualmente por comprender y no criticar la postura de mis padres al apoyarme en todo momento y animarlos a que continuaran adelante con sus ideas; lo cual es de admirarse ya que no eligieron el camino fácil de la crítica sino que eligieron el difícil que consistió en comprender la situación y dar muestras de apoyo en todo momento.

A todos mis compañeros

Que son muchos para mencionarlos de uno por unos, pero que me acompañaron desde la educación básica a la superior compartieron momentos importantes de su vida conmigo, además de que con su compañía lográbamos amenizar nuestra estancia en la escuela, asimismo al apoyarnos para alcanzar objetivos comunes y lograr establecer amistades.

A Jaqueline

Quien me ha brindado su amistad sincera desde el momento en el que nos conocimos compartiendo experiencias juntas que han consolidado nuestra amistad, y que a pesar de haber seguido caminos diferentes, la distancia no ha impedido que conservemos esta relación que espero dure mucho tiempo más.

A Karina

Que durante toda la carrera me demostró ser una amiga sincera y que continuamente recibí muestras de apoyo, comprensión y compañerismo durante el tiempo que permanecemos juntas. Además de que gracias a esa gran amistad que logramos tener, pudimos enfrentar muchas dificultades que se nos presentaron en el camino y que espero que esto se prolongue por mucho tiempo más ya que compartimos muchas cosas juntas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

KARINA

A mis padres**Carmen Bolaños Salas
Jesús Ramírez Mendoza**

Por haberme brindado todo su apoyo, tanto económico pero principalmente moral, para continuar con mis estudios y llegar hasta este punto. Gracias por haberme dado una carrera profesional, porque nunca podré pagarles todo el esfuerzo que han realizado para hacer de mí lo que soy actualmente. Por todo su cariño, por toda su paciencia, y porque gracias a ustedes hoy tengo un título profesional. Porque ustedes se han ganado a pulso el reconocimiento de mi carrera, y de mi vida.

Gracias por todos sus consejos, por estar conmigo, por educarnos a los tres para ser personas de bien, y por darme esta oportunidad tan grande: espero nunca decepcionarlos. Los quiero mucho y viviré eternamente agradecida con ustedes...

A mis hermanos**Oscar del Carmen Ramírez Bolaños
Victor Ramírez Bolaños**

Por su comprensión y por su paciencia, por quererme y por ser un ejemplo a seguir. Porque al ser tan trabajadores me impulsan a ser como ustedes, por permitirme aprender de sus errores y también de sus virtudes, pero principalmente por apoyarme cuando más los necesito. Porque al lograr sus metas me motivan a lograr las mías. Gracias por ser una gran familia y por dejarme compartir con ustedes este momento tan importante. En fin... gracias por todo, y gracias por ser como son conmigo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A mis tíos**Ana María Bolaños Salas
Martín Ramírez Mendoza****Y mis primos****José Antonio Ramírez Bolaños
Isaac Ramírez Bolaños**

Gracias por ser una segunda familia para mí, por haberme apoyado y por facilitarme los medios para realizar mis trabajos escolares. Gracias por quererme y por abrirme las puertas de su casa y también las de su corazón. Porque quisiera pagar todo lo que me dieron y que hasta la fecha me siguen dando, les doy mi más profundo y sincero agradecimiento. Agradezco infinitamente que me permitan ser un miembro más de su familia, es una de esas cosas que no se olvidan y que yo jamás olvidaré, porque los quiero mucho. Y este mérito que he logrado, también es para ustedes.

A toda mi familia, principalmente**A mi abuelita, y a mis tíos Arturo, Silvia y Esther**

Por estar siempre pendiente de mí, por hacerme saber que soy una persona querida por mi familia, y porque cada vez que me preguntaron algo con respecto a mi carrera me hicieron sentir importante. Gracias también por hacer lo posible por estar conmigo en los momentos más importantes en mi vida, y por ser las figuras más representativas dentro de nuestra gran familia. Espero con este pequeño espacio compensar todo lo que me han dado, principalmente con su ejemplo.

A José Osvaldo Aguilar González

11

Gracias por estar conmigo sin condiciones en los tiempos fáciles y en los tiempos difíciles; gracias por apoyarme cuando más lo necesitaba, por no dejarme caer y por levantarme cuando sentía que ya no podía más. Gracias por toda tu paciencia y por tu comprensión, por estar en los momentos claves en mi vida y por confiar en mí. Gracias por todos los momentos felices que hemos pasado y también por los tristes. Gracias por crecer conmigo y dejarme crecer contigo. Gracias por ser una de las personas más importantes en mi vida.

Pero principalmente, gracias por todo tu amor. Porque, aunque sé que tal vez hubiera sido lo mismo de mi vida sin ti, también sé que ahora no me hubiera gustado intentarlo. Porque, sin ti, nada sería igual...

A mis amigos:

**Guillermo, Fermín, Carlos Iván, Alicia, Iván, José,
Lázaro, Octavio, David**

Porque con su compañía fue más fácil cruzar el camino de estudiante, porque al compartir una sonrisa conmigo hicieron que sintiera que el estar en la escuela y conocerlos fue una de las mejores ventajas que puedo sacar de este largo proceso por el cual hemos pasado. Por compartir ratos agradables y por aligerar entre todos la enorme carga que significa ser estudiantes. Por compartir trabajos escolares que, gracias a su compañía, fueron menos pesados.

Porque sé que donde quiera que estemos, siempre estaremos en contacto; y porque siempre tienen un espacio para escucharme cuando más los necesito. En fin, gracias por su amistad, espero que dure todavía más...

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A Martha Gabriela Díaz Rodríguez

Gracias por ser más que una compañera, una amiga durante estos 4 años de la carrera. Gracias por todos los momentos que compartimos juntas y por no dejar que se perdiera esta amistad. Por todos los trabajos, desvelos, alegrías y tristezas; por la confianza que me has brindado. Y agradezco también la oportunidad de terminar este largo proceso contigo, como siempre, las dos en un solo trabajo. Y espero que esta amistad no se termine junto con el proceso de titulación, sino que siga más allá.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

13

La psicoterapia es una relación profesional que ofrece una persona especializada en técnicas de intervención psicológica para ayudar a resolver las problemáticas de los pacientes, utilizando el diálogo como único instrumento de su actividad, haciendo reflexionar al paciente con el objeto de provocar cambios en su conducta; por lo tanto, la relación terapéutica es una alianza de ayuda con propósitos bien definidos, utilizando varios métodos que se basan en alguna teoría formal acerca de los problemas psicológicos.

El objetivo de la presente investigación fue elaborar y confiabilizar una taxonomía conductual para realizar un análisis de una relación psicoterapéutica. Por esta razón, nos basamos en el método descrito por Bakeman y Gottman (1989) para hacer una observación sistemática de una interacción, ya que éste nos permite la cuantificación de la conducta; el propósito principal de este método consiste en categorizar conductas y solicitar a los observadores que registren, cada vez que ocurre una conducta, con el correspondiente código predefinido. Se parte del supuesto de que el centro y fundamento de cualquier investigación que utiliza la observación sistemática es el catálogo de códigos de conducta, desarrollados para un determinado proyecto; por esta razón, algunos autores (por ejemplo, Wampold, 1984; Tracey, 1985; Kokovic y Tracey, 1990; Gardner y Wampold, 1991) se han basado en este argumento para analizar diferentes tipos de interacciones.

Por consiguiente, se retomaron tanto el método de observación sistemática los estudios que la han utilizado para analizar una interacción terapéutica con orientación cognitivo-conductual, en el cual se registraron sesiones terapéuticas grabadas para adaptar las categorías conductuales a este tipo de interacción. Los resultados que se obtuvieron lograron cumplir con el objetivo y se observó que las interacciones se adaptaron a lo mencionado por la teoría.

Por lo tanto, se concluyó que este tipo de estudios pueden brindar datos precisos sobre las interacciones, ya que con el sistema de categorías se pueden analizar todas las conductas emitidas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

14

Introducción

Capítulo 1. Psicoterapia	20
1.1. ¿Qué es la Psicoterapia?	22
1.2. Tipos de Psicoterapia	31
1.2.1. Terapia breve centrada en los problemas	31
1.2.2. Psicoterapia psicodinámica	35
1.2.3. Psicoterapia centrada en el cliente	37
1.2.4. Psicoterapia existencial	37
1.2.5. Psicoterapia Gestalt	40
1.3. Psicoterapia cognitivo-conductual	42
1.3.1. Relajación	44
1.3.2. Hipnosis	44
1.3.3. Desensibilización sistemática	44
1.3.4. Implosión	45
1.3.5. Terapia aversiva	45
1.3.6. Manejo de contingencias	46
1.3.7. Modelamiento	47
1.3.8. Biorretroalimentación	48
1.3.9. Terapia racional emotiva	48
1.3.10. Terapia de reestructuración cognitiva	50
1.4. Resumen	51

Capítulo 2. Elaboración de categorías conductuales para el registro de una interacción

	52
2.1. Elaboración de esquemas de codificación	53
2.1.1. Esquemas de codificación elaborados en base a un criterio físico versus social	54
2.1.2. Códigos mutuamente excluyentes y exhaustivos	54

2.1.3. Evolución de un sistema de codificación	-55--
2.2. Registro de secuencias conductuales	57
2.1.1. Unidades de registro: eventos versus intervalos	57
2.2.2. Eventos momentáneos versus duración	58
2.2.3. Registro continuo versus intermitente	59
2.2.4. Codificación de eventos	59
2.2.5. Registro de tiempos de inicio y fin	61
2.2.6. Codificación de intervalos	61
2.2.7. Clasificación de eventos de forma cruzada	62
2.2.8. Consideraciones no secuenciales: muestreo de tiempo	63
2.3. Evaluación de la concordancia entre observadores	64
2.3.1. Porcentajes de acuerdo	65
2.3.2. El coeficiente kappa de Cohen	66
2.3.3. Concordancia con respecto al establecimiento de unidades	68
2.4. Representación de datos observacionales	69
2.4.1. Secuencias de evento	69
2.4.2. Secuencias de tiempo	69
2.4.3. Datos enmarcados en el tiempo	70
2.4.4. Eventos clasificados de forma cruzada	71
2.5. Trabajos que utilizan categorías conductuales	72
2.6. Resumen	73

Capítulo 3. Categorías conductuales utilizadas en psicoterapia

en psicoterapia	74
3.1. Análisis secuencial aplicado al proceso terapéutico y resultado: un caso nuevamente visitado	75
3.2. Análisis de secuencia y patrones en el proceso de investigación	77
3.3. Alianza de trabajo en la fase temprana de terapia	79

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.4. Relación de poder y compromiso en la alianza de trabajo: un análisis secuencial de caso múltiple en terapia breve	81
3.5. Dominancia y resultado: un examen secuencial	84
3.6. Resumen	86

Capítulo 4. Elaboración de una taxonomía conductual

Para analizar una relación psicoterapéutica	87
Método	87
Procedimiento	88
Análisis de resultados	94
Discusión	113
Conclusión	122

Referencias

Anexos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

17

Durante las interacciones, se da una serie de conductas entre los participantes, los cuáles dirigen su conversación hacia un determinado objetivo; por ejemplo, un profesor ejerce su autoridad sobre sus alumnos para poder utilizar métodos de enseñanza que los llevan al aprendizaje de los conocimientos del curso; el sacerdote se basa en sus conocimientos teológicos y la creencia de la gente para hacer cumplir normas religiosas para el bienestar comunitario. El terapeuta, por su lado, utiliza sus conocimientos psicológicos para buscar alternativas de solución a las demandas de su paciente.

Por esta razón, se puede determinar si una conducta seguirá a otra, con mayor o menor frecuencia que lo esperado por el azar, ya que la conducta tiene objetivos específicos para dirigir la interacción. Cuando ésta interacción es sistemática, como en el caso del terapeuta, los objetivos están claramente delimitados y las conductas que emiten ambos participantes están preestablecidas, y uno de los participantes, el profesional, es el que tiene la autoridad y el que va encaminando a su receptor a cumplir con el objetivo; a diferencia de una interacción informal, que aunque también tiene un objetivo, los medios que se utilizan para llegar a él no están establecidos y pueden ser variados.

Por tal motivo, es importante analizar interacciones, para observar que cuando ocurre una conducta particular en un participante, se puede activar la frecuencia de una determinada conducta en el otro. Con el fin de realizar este tipo de análisis, se tiene que llevar a cabo un procedimiento previo para contar con los elementos necesarios para su realización. Este procedimiento va desde observaciones informales de la interacción, hasta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

la elaboración de registros de conductas establecidas previamente e identificadas con un código específico, para tener la base metodológica con la cual poder tener un punto de partida y así realizar el análisis más preciso.

De aquí parte el objetivo de esta investigación, el cuál fue elaborar y confiabilizar una taxonomía conductual apropiada para realizar un análisis descriptivo de una relación psicoterapéutica. Se tomó este tipo de interacción debido a que la relación terapéutica es sistemática, su objetivo es específico, y las conductas que se observan son más apegadas al objetivo de los participantes.

Por este motivo, en el capítulo 1 se realizó una revisión teórica sobre lo que es la psicoterapia, desde la perspectiva de diferentes autores; además, se mencionaron algunos de los tipos de intervención psicoterapéutica que existen, los cuáles varían en función de las visiones que se tienen sobre el individuo, la salud y el ajuste del individuo a la sociedad. De todos estos tipos de intervención, se escogió la orientación cognitivo-conductual dado que su teoría se basa en conductas observables que no dan lugar a la interpretación del terapeuta, además de atribuir la generación o mantenimiento del problema a conductas aprendidas, que no le son funcionales al individuo para la adaptación a su medio ambiente en el presente.

En base al conocimiento que se tiene sobre la psicoterapia, se continuó haciendo una revisión, durante el capítulo 2, acerca del método expuesto por Bakeman y Gottman (1989) para realizar una observación sistemática. Este capítulo describe paso a paso como llegar a hacer categorías conductuales para realizar un análisis de las interacciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por consiguiente, en el capítulo 3 se retomaron algunos estudios en los que se analizaron diferentes interacciones terapéuticas que se basaron en la elaboración de categorías conductuales, con la finalidad de que los estudios fueran precisos, y por tanto, pudieran ser replicados por los lectores especializados en el tema. Además, la mayoría de los autores concluye que este método puede ser aplicado a cualquier tipo de interacción, con el objetivo de ver las consecuencias de las conductas de un individuo sobre su interlocutor.

Por lo tanto, para cumplir el objetivo de la investigación, se partió de la base teórica propuesta por Bakeman y Gottman (1989) para realizar un sistema de categorías que se adecuaron a la sesión terapéutica con una orientación cognitivo-conductual, y que se utilizó para hacer un análisis descriptivo de la interacción, con la finalidad de contrastarlo con lo que marca la teoría, o sea, para observar si la intervención se apega a los lineamientos teóricos.

A partir de los resultados obtenidos y la revisión teórica hecha, se puede concluir que la metodología seguida en este estudio es adecuada para analizar cualquier tipo de interacción, de tipo formal con el fin de expandir el conocimiento acerca de las consecuencias de las conductas; y en el caso particular de la psicoterapia, el análisis puede servir como retroalimentación para el terapeuta acerca de su intervención.

TESIS CON
FALLA DE CONTEN

Capítulo 1

PSICOTERAPIA

A lo largo de su historia, la psicoterapia ha arrastrado connotaciones no deseadas tales como mentalista, médica y acientífica. Mentalista, por basarse conceptualmente en constructor sobre él aparato psíquico y el conflicto intra psíquico, poco accesible a la observación. Médica, por haber sido en sus orígenes un dominio profesional casi exclusivamente médico, hasta que autores como Rogers se ocuparon de reformular la psicoterapia desde la psicología y para la psicología. Acientífica en cuanto que el proceso de la psicoterapia no puede describirse operacionalmente. Estas y otras características han contribuido a que se le considere más una práctica que una disciplina científica aplicada.

La enorme variedad de aplicaciones de la psicoterapia reafirma su naturaleza multidisciplinar en su práctica e interdisciplinar en cuanto a su objeto. El símil pedagógico ha sido utilizado frecuentemente para definir la tarea del terapeuta en términos como los siguientes: el terapeuta enseña al cliente a controlar, afrontar o reducir ciertos trastornos, mediante la transmisión de conocimientos y habilidades que el terapeuta posee o adquiere del cliente, al que educa según criterios y valores definidos a priori o interpretados por el terapeuta.

La psicoterapia difiere claramente de otros tipos de relaciones profesionales humanas. Aunque hay similitudes formales entre los papeles de terapeuta-paciente, y de los expertos-cliente, profesor-alumno, sacerdote-feligrés, incluso padre-hijo las características del terapeuta y pacientes son, sin embargo particularmente distintas. En su vertiente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

profesional, podemos definir la psicoterapia como una relación profesional en la que un experto ofrece un servicio a una persona que lo necesita, de la cual recibe una contra prestación unos honorarios o un salario de la entidad que lo emplea y ofrece los servicios.

El psicoterapeuta ejerce sus tareas con honestidad e independencia, asegurándole al cliente privacidad, confidencialidad y neutralidad moral, le presta atención de acuerdo a las exigencias técnicas de su quehacer profesional. El terapeuta sirve al objetivo general de facilitar el desarrollo del bienestar, la autonomía y competencia personal del paciente y a los objetivos específicos que se derivan de los síntomas, malestar y trastornos concretos que sufre.

Aunque la psicoterapia ha sido criticada a veces como una compra de amistad, la relación de amistad entre terapeuta y paciente no tienen por que darse, muy frecuentemente no se da, e incluso puede distorsionar gravemente la terapia, justamente el papel del terapeuta consiste en conocer los límites e implicaciones de su actuación, para que la relación terapéutica sirva a sus objetivos.

Hudson y Weiner-Davis (1993), señalan que la terapia implica intentos deliberados de producir un cambio de punto de vista y/o de acción, que lleve a la solución. Tener una buena explicación sobre la naturaleza y el origen del problema, tal como ocurre en el psicoanálisis (el cual es el enfoque arquetípico que destaca el papel del *insight* para producir cambios), no produce necesariamente el resultado terapéutico deseado.

Tradicionalmente, la terapia estaba orientada sobre todo hacia el pasado, buscando en la infancia del cliente las raíces de los síntomas actuales. Más tarde, en los años 60, con la aparición de la terapia de la

conducta, la psicología del yo, la terapia de la Gestalt, la terapia familiar, etc., el presente o "aquí y ahora" se convirtió en un aspecto central en terapia. Los nuevos enfoques se centraban en el presente, se interesaban por la generación o el mantenimiento del síntoma en el presente, y por los datos que pudieran confirmarse en el presente.

Ahora, la terapia está evolucionando más allá de esta orientación del "aquí y ahora", hacia una orientación hacia el futuro, a la que no interesan cómo surgieron los problemas ni incluso cómo se mantienen, sino que se ocupa de cómo se resolverán. En la intervención no hay diagnósticos correctos o incorrectos, ni teoría acertada o errónea, sino solamente datos acerca de qué es lo que funciona o es útil en casos concretos. Un aspecto central de esta tendencia es que se centra en las fuerzas y capacidades de los clientes, lo que es visto como una forma más humana y menos dolorosa de ayudar a la gente que el antiguo hincapié en los déficit (Hudson y Weiner-Davis, 1993).

1.1. ¿Qué es la Psicoterapia?

La psicoterapia es una técnica de intervención psicológica, en la que cada aproximación teórica ha desarrollado un conjunto de técnicas especializadas para resolver la problemática de los pacientes. En el caso de la aproximación cognitivo-conductual, también ha generado sus propias técnicas y puntos de vista a partir de la práctica continua (Mahoney, 1977; citado en Vargas e Ibáñez, 2002).

Kleinke (1998), nos da la siguiente definición de psicoterapia: "la psicoterapia es una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante esta interacción el sanador busca aliviar el malestar y la

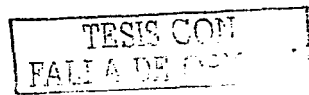
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

discapacidad del sufridor mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero también a veces mediante actividades corporales. El sanador puede implicar o no a los familiares y a otras personas significativas del paciente en los rituales de curación. A menudo, la psicoterapia incluye también ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como aspecto inevitable de la vida que puede ser utilizado como una oportunidad de crecimiento personal" (pág. 21).

Asimismo, Condrau (1981) indica que la tarea de la psicoterapia es comprender el sentido del sufrimiento neurótico, reconocer igualmente aquellas inhibiciones que se atraviesan en el camino del libre desarrollo del hombre, superándolas para facilitar al enfermo la ayuda que lo capacite para encontrar nuevamente la ruta. Dentro del proceso de la psicoterapia, se trata de algo más que de la solidaridad entre alguien que ayuda (terapeuta) y alguien que precisa de esa ayuda (paciente). Por psicoterapia, hay que entender aquella relación interhumana mediante la cual el interlocutor logra su propia y adecuada madurez.

Por otra parte, Garske y Jay (1988), argumentan que los modelos de psicoterapia consisten en un conjunto relativamente formalizado de conceptos interrelacionados o representaciones de la realidad. Los modelos suministran un plan detallado para organizar y seleccionar información, que pueden ser útiles en la estructuración de la concepción que el terapeuta tiene sobre la naturaleza de una disfunción psicológica en particular y su tratamiento.

Los modelos de psicoterapia asocian los resultados terapéuticos positivos con ciertos procesos o principios del cambio conductual o de la personalidad. Para el terapeuta de orientación psicoanalítica, los determinantes de las disfunciones psicológicas incluyen conflictos inconscientes y recuerdos reprimidos de eventos enraizados en el fondo



de las experiencias pasadas; en contraste, el terapeuta de conducta acentúa la conciencia, los factores contrados en el presente, los aprendizajes erróneos y la ausencia de habilidades necesarias, los eventos sociales y ambientales constituyen la matriz de la influencia y el control, y son integrantes del tratamiento (Garske y Jay, 1988).

Condrau (1981) señala que la psicoterapia se lleva a cabo mediante el lenguaje. Hablar, escuchar y callar son los tres componentes de la acción psicoterapéutica. El diálogo es aquí el único instrumento de nuestra actividad; todos los demás recursos que puedan ser eventualmente precisados en el curso del tratamiento sirven sólo de apoyo, o para facilitar la comunicación oral. El enfermo habla con el psicoterapeuta, pero también consigo mismo; de su propia biografía extrae aquellos sufrimientos, decepciones, inhibiciones, maltratos e igualmente alegrías, recreando mediante el relato una coyuntura que, a su debido tiempo, no fue satisfactoriamente realizada.

Bastine (1982; citado en Ávila y Poch, 1994) ha delimitado la psicoterapia respecto de otras formas de tratamiento basándose en tres aspectos:

- La psicoterapia utiliza medios psicológicos que se refieren al saber psicológico.
- La utilización de estos medios se hace de forma profesional; es decir, por personal científicamente formado que procede de forma intencional y persiguiendo un fin, y que justifica y evalúa su actividad de manera científica.
- Se trata de personas psíquicamente trastornadas.

Los autores Ávila y Poch (1994), han definido la psicoterapia extensiva y estructuralmente de la siguiente manera:

Un conjunto de sistemas teóricos, técnicos y aplicados, de carácter interdisciplinar en cuanto a sus objetivos y multiprofesional en su práctica, derivados de modelos teóricos y de investigación de diferentes ciencias y que tiene como finalidad principal la resolución, por medio psicológico, de los trastornos del comportamiento y/o la inducción de cambios estables en los diferentes niveles de expresión de la conducta en orden del bienestar biopsicosocial de los individuos.

Reisman (1988; citado en Ávila y Poch, 1994), por su parte, hace una clasificación de psicoterapia basándose en cuatro ejes:

- 1) La psicoterapia definida por sus objetivos, en la que la psicoterapia es vista como un método de tratamiento que intenta aliviar los trastornos de naturaleza psicológica.
- 2) La psicoterapia definida por su procedimiento. Se trata de describir la psicoterapia como una serie de procedimientos psicológicos, generalmente estructurados en torno a la comunicación verbal como un método para la modificación de los desajustes de la personalidad.
- 3) La psicoterapia definida por características de los profesionales que la ejercen.
- 4) La psicoterapia definida por la relación. La psicoterapia es identificada como una clase de relación interpersonal en la que se dan experiencias únicas de aprendizaje social, interacciones y activaciones emocionales singulares, experiencias de crecimiento personal, etcétera.

La psicoterapia incluye los factores de tratamiento en los que el terapeuta intenta resaltar la comprensión que el paciente tiene de sí

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

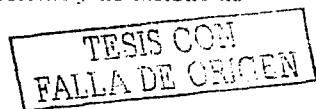
mismo, tanto en la vertiente individual como en la de familias o grupos. La finalidad principal de la psicoterapia es tanto el incremento de la auto-comprensión que el paciente tiene de sí mismo, a través de los métodos de comunicación que facilita el terapeuta como un logro de cambios específicos en la conducta.

La psicoterapia es un procedimiento de ayuda, no un procedimiento de curación, es un conjunto de medios para facilitar el desarrollo del cambio deseado más que el camino para conseguir un cambio total y permanente. La psicoterapia puede llegar a su final bien porque el paciente haya logrado un progreso substancial en sus objetivos y haya devenido apto para controlar su propio proceso de desarrollo, bien por que sea improbable que los esfuerzos que requiere la continuación de la psicoterapia justifiquen los progresos que se esperan, lo que en última instancia es una exigencia ética para todo terapeuta.

Bastine (1982; citado en Ávila y Poch, 1994) ha formulado criterios que deben cumplirse para que pueda hablarse de psicoterapia:

1. Que esté basada sobre una teoría científica de la personalidad y sus trastornos.
2. Que se funde sobre una teoría científica de la modificación de conducta de tales trastornos.
3. Que presente evaluaciones empíricas de sus efectos, positivos o negativos.
4. Que actúe sobre trastornos del comportamiento o estados de sufrimiento considerados necesarios para la intervención.
5. Que sea practicada por personas formadas y competentes.

Algunos autores han subrayado la importancia de la flexibilidad con el terapeuta debe interpretar las exigencias teóricas y de método de



un determinado sistema, en función del sujeto y el problema concreto en que interviene.

Hudson y Weiner-Davis (1993), destacan dos ejes para diferenciar los enfoques terapéuticos:

- a) El papel activo versus pasivo del psicoterapeuta. El terapeuta activo dirige las asociaciones, aporta aspectos de su propia experiencia, emplea tácticas de entrenamiento para el paciente. El terapeuta pasivo interpreta o refleja las producciones del paciente;
- b) El énfasis en los procedimientos técnicos que utiliza el terapeuta versus la relación interpersonal como la técnica principal que facilita el terapeuta en cuanto agentes de cambio.

Parloff (1967) ha enseñado que los psicoterapeutas difieren tanto en los objetivos últimos como en los intermedios. Los objetivos últimos de la terapia implican visiones globales sobre los individuos, la salud y el ajuste del individuo a la sociedad. Los objetivos intermedios están relacionados con la reducción de los síntomas, restaurar niveles previos de funcionamiento personal, que se han visto alterados y un sinfín de aspectos concretos.

Existen diferentes modalidades y fines de la psicoterapia que son:

<i>Finalidades</i>	<i>Psicoterapia</i>
ψ Conocer y resolver conflictos inconscientes	Tratamiento Psicoanalítico
ψ Ayudar a la auto-aceptación	Terapia No directiva
ψ Integrar sentimientos en conflicto	Terapia Gestalt
ψ Dar significado a la existencia	Terapia Existencial

ψ	Reestructurar patrones de ideas negativas	Terapia Cognitiva
ψ	Eliminar ideas irracionales	Terapia Racional Emotiva
ψ	Aprendizaje de técnicas de afrontamiento en situaciones de estrés	Terapia de Conducta

En términos de estos ejes, podemos esbozar una definición de psicoterapia como un conjunto de sistemas teórico-técnicos aplicados, de carácter interdisciplinar en cuanto a sus objetivos y multiprofesional en su práctica, derivados de modelos teóricos y de investigación de deferentes ciencias y que tiene como finalidad principal la resolución por medio psicológicos de los trastornos de comportamiento y/o la inducción de cambios estables en los diferentes niveles de expresión de la conducta en orden del bienestar biopsicosocial de los individuos sociales.

Wampold (2001) reafirma lo mencionado por los autores antes citados, al dar la siguiente definición de psicoterapia:

“La psicoterapia es un tratamiento principalmente interpersonal que está basado en principios psicológicos e involucra un terapeuta entrenado y un cliente que tiene un desorden mental, problema, o demanda; se propone que el terapeuta sea el correctivo del desorden, problema o demanda del cliente; y es adaptado o individualizado para el cliente particular y su desorden, problema o demanda” (pág. 3).

La psicoterapia esté definida como un tratamiento interpersonal que descarta tratamientos psicológicos que pueden no involucrar una interacción interpersonal entre terapeuta y cliente, tal como la biblioterapia o desensibilización sistemática basada en grabaciones que

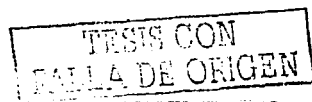
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

el paciente usa en ausencia de un terapeuta. El término *interpersonal* implica que la interacción acontece cara a cara y así descarta el consejo por teléfono o interacciones vía computadora, aunque no hay implicaciones de que tales modelos de interacción no sean benéficos. El adverbio *principalmente* es usado para indicar que las terapias que emplean actividades adjuntas que no involucran a un terapeuta, tales como la biblioterapia, oír cintas de relajación, o ejecutando varias tareas asignadas, no están excluidas de esta definición.

Presumiblemente, la psicoterapia es una actividad profesional que involucra un nivel mínimo de técnica, y consecuentemente la definición requiere que el terapeuta esté entrenado profesionalmente. Debido a que la relación entre el entrenamiento y el resultado en psicoterapia es controversial, la cantidad de entrenamiento no está especificado, pero en esto es asumido que el entrenamiento es típico para terapeutas practicando una dada forma de terapia.

La psicoterapia tradicionalmente ha sido vista como correctiva, en que es un tratamiento diseñado para remover o aminorar algunas aflicciones del cliente, y consecuentemente la definición requiere que el cliente tenga un desorden, problema o demanda. Además, el tratamiento necesita ser adaptado para ayudar a un cliente particular. El término genérico *cliente* es usado en vez del término alternativo *paciente* debido a que el segundo es también aliado estrechamente con un modelo médico.

Los tratamientos que no tienen una base psicológica están excluidos. Puede ser bueno que tratamientos no psicológicos son paliativos cuando el cliente y el practicante crean en su eficacia. Los tratamientos basados en lo oculto, creencias culturales de gente indígena acerca de la salud y conducta mental, ideas de la Nueva Era (por ejemplo, remedios herbales), y la religión pueden ser eficaces a través de



los mecanismos hipotetizados en el nivel contextual, pero estos no son psicoterapias y no están considerados en este libro. Esto no dice que tales actividades no son interesantes para la ciencia social en general y psicológica en particular; simplemente, la psicoterapia, como está considerada en esto, está limitada a terapias basadas en principios psicológicos. Puede producir que la psicoterapia es eficaz debido a que las culturas del Oeste valoran la actividad en vez de que debido a los ingredientes específicos de psicoterapia son eficaces, pero que no altera cuál psicoterapia sería definida.

Finalmente, es requerido que el terapeuta proporcione el tratamiento a ser efectivo. En el modelo contextual, los terapeutas creen en que la eficacia del tratamiento es necesaria (Wampold, 2001).

Para concluir, podemos sugerir una definición de psicoterapia como: La psicoterapia consiste en una relación impersonal entre por lo menos dos participantes, uno de los cuales (el terapeuta) tiene un entrenamiento y experiencia especial en el manejo de problemas psicológicos. El paciente es un cliente que experimenta algún problema en su ajuste emocional, conductual o interpersonal y ha iniciado la relación con el terapeuta, con el fin de resolver su problema. La relación terapéutica es una alianza de ayuda, pero con propósitos bien definidos, en la cual se utilizan varios métodos, en su mayor parte de naturaleza psicológica, con el objeto de provocar los cambios que el cliente desea y el terapeuta aprueba; estos métodos se basan en alguna teoría formal acerca de los problemas psicológicos en general y de la queja específica del paciente en particular.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.2. Tipos de Psicoterapia

Como argumentan Ávila y Poch (1994), el término psicoterapia abarca formas muy diversas de intervención, tales como la psicoterapia de grupo, la terapia familiar, la terapia de juego, el psicodrama, además de las psicoterapias individuales más conocidas (psicoanalíticas, existenciales, cognitivas, etcétera). La naturaleza esencialmente verbal de la psicoterapia ha sido utilizada para distinguirla de las terapias de base conductual, que pone el énfasis en las tareas y buscan su respaldo en la experimentación animal y humana sobre los procesos de aprendizaje.

1.2.1. Terapia breve centrada en los problemas

En 1966, el Mental Research Institute (MRI) inició un proyecto de terapia breve. John Weakland, Richard Fisch, Paul Watzlawick y otros, trabajaron con un límite prefijado de 10 sesiones. Una directriz de su trabajo era que debían intentar resolver el problema presentado en vez de producir *insight*. Los esfuerzos del grupo por establecer métodos específicos para promover el cambio les dieron la reputación de pioneros en el campo de la psicoterapia. Este modelo de tratamiento se llama "centrado en los problemas" porque los terapeutas que lo aplican intentan aliviar sólo las quejas específicas que los clientes llevan a la terapia; los problemas se ven como dificultades entre las personas más que como algo que surge desde el interior de los individuos.

Los teóricos del MRI señalan que a veces los intentos de los terapeutas por hacer cambiar a los clientes pueden producir un efecto opuesto al deseado. En consecuencia, los terapeutas del MRI adoptan a menudo una postura pesimista ante la posibilidad o descabildad del cambio. Si se centran en algún cambio, tienden a advertir a sus clientes

que "vayan despacio", o que sólo introduzcan cambios pequeños, o que estén atentos ante posibles recaídas (Hudson y Weiner-Davis, 1993).

Small (1997) divide en seis rubros el procedimiento básico de terapia breve, los cuales son:

1. Identificación del problema presente. La concepción por parte del terapeuta de un conjunto de formulaciones y de expectativas conceptuales, que la historia personal del paciente confirmará, modificará o desvirtuará.
2. Reconstrucción de la historia. Búsqueda de datos que esclarezcan las experiencias personales y permitan la reformulación del diagnóstico, ello exigirá sacar el máximo de provecho de la entrevista inicial, y que el terapeuta posca habilidad suficiente para facilitar la comunicación.
3. Determinación de las relaciones causales. Consideración de las probabilidades de sobredeterminación.
4. Elección de la intervención a adoptar. Una vez identificadas las causas de los síntomas, se procede a la anulación de las mismas. El terapeuta establecerá rápidamente cuáles son los factores que requieren cambios o que se presentan a los mismos con mayor facilidad. Las intervenciones pueden consistir en operaciones verbales, u otro tipo de medidas adicionales que se encuentran al alcance del terapeuta. Se consideran primarias las intervenciones que se fundan esencialmente en la comunicación verbal entre el paciente y el terapeuta, y secundarias o adicionales las demás.
5. Elaboración del problema. El logro o el refuerzo del aprendizaje de una nueva conducta y la extinción de las formas neuróticas de adaptación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6. La finalización del tratamiento. La toma de medidas para asegurarse de que el paciente abandona definitivamente el consultorio en posesión de una transferencia positiva cultivada, y con la clara comprensión de que será bienvenido en cualquier momento en que decida regresar.

Del modelo de terapia breve dependen los modelos de intervención en crisis, en los cuales Small (1997) desarrolló una intervención en seis sesiones.

En la primera sesión se explica claramente al paciente que el fin de la ayuda que se le da es el de evitar la hospitalización, y se le anuncia que el tratamiento es necesario, para ello durará seis sesiones. Se registra la historia del paciente, con atención a los factores precipitantes de la crisis presente y de los otros episodios anteriores. Se emprende una tarea de apoyo activo: comprensión, simpatía hacia la situación del paciente, específicamente en lo referido a la angustia, su desorientación y su desorden.

El modelo de Small (1997) es único por sus rasgos: al mismo tiempo que se realiza la primer sesión, un asistente social que forma parte del equipo terapéutico entrevista a la familia del paciente y, mientras este se encuentra todavía en consulta, comunica telefónicamente al terapeuta todo dato importante que haya podido recabar en torno a la historia del enfermo u otros factores relacionados con la situación actual.

Las decisiones que se tomen con respecto de la necesidad de introducir cambios en la situación hogareña no se fundaran sólo en los informes que brinde el paciente, sino también en las impresiones que acerca de la misma recoja el asistente social en las entrevistas que, al

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mismo tiempo, tendrá con miembros de la familia. El programa terapéutico a desarrollar en las siguientes sesiones será consecuencia del esclarecimiento de la historia y de la mejor comprensión del entorno del paciente. El terapeuta identificará para el paciente las modalidades de reacción ante personas y acontecimientos que éste adopte y que sean capaces de iniciar futuros episodios agudos. Guiará al paciente tanto en el reconocimiento de las mismas como en la aceptación de soluciones sugeridas.

La tercer sesión comienza con nuevas afirmaciones de que se observan adelantos en la salud y en la capacidad del paciente para superar sus problemas. Esta sesión se concentra en el esclarecimiento de la dinámica causal de la enfermedad y en el refuerzo de la habilidad del paciente para advertir sus síntomas de angustia. Se le ayuda a expresar sus sentimientos, el peso de la conversación puede trasladarse a factores precipitantes de la crisis a situaciones de la vida presente.

También la cuarta sesión y las subsiguientes se inician con la reafirmación de que se observa la mejoría y aumento del dominio en el paciente. Se pasará revista a los esfuerzos llevados a cabo por él en la presente práctica de sus nuevas técnicas para enfrentar situaciones. Cuando se hayan producido fracasos en esta práctica se investigarán las razones correspondientes. Se preverán las situaciones de tensión que tengan que producirse necesariamente, y se ensayará la actuación que tendrá el paciente ante las mismas. Se estima que éstos ensayos constituyen un procedimiento de importancia extrema.

Ante la terminación del tratamiento, se establece una relación duradera entre el paciente y la clínica mediante el expediente, y de insistir ante el primero que la segunda estará a su disposición en caso de que surjan nuevas crisis. El elemento central de este modelo es el hecho

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de que se encare en equipo el tratamiento breve de pacientes sometidos a dificultades agudas.

Por lo tanto, el objetivo explícito de la intervención en crisis es la vuelta del paciente a su estado anterior a la crisis (Small, 1997).

De acuerdo con Fiorini (1992) una terapia breve necesita instrumentar una amplia gama de recursos susceptibles en principio de abarcar los diversos niveles de motivación, lo que significa no solo dirigirse a las motivaciones primarias sino también a las secundarias. Con lo cual se puede lograr, mediante el esclarecimiento de aspectos básicos de la situación del paciente, un fortalecimiento de la capacidad de adaptación realista, de discriminación y rectificación en grado variable de significaciones vividas.

La máxima eficacia de una terapia breve, como lo mencionó Small (1997) y que está de acuerdo con Fiorini (1992), depende de la elaboración por un equipo asistencial, de un programa unitario de tratamiento que coordine estas diversas técnicas en una acción total, hilvanada de una psicodinámica coherente.

1.2.2. Psicoterapia psicodinámica

El enfoque psicodinámico de la terapia utiliza las motivaciones y conflictos inconscientes en la búsqueda de las bases de la conducta. Asimismo, se apoya en gran medida del análisis de la experiencia pasada. El compendio de la perspectiva se encuentra en la terapia psicoanalítica de Sigmund Freud. La teoría psicoanalítica representa la contribución más amplia al campo de la personalidad. Lo que comenzó con una corriente vacilante de ideas polémicas basadas en unos cuantos

pacientes neuróticos vieneses, se transformó en un raudal que cambió para siempre el rostro de la teoría de la personalidad y la práctica clínica (Phares, 1999).

El psicoanálisis postula que el contenido del inconsciente es diametralmente opuesto al contenido de lo consciente, de hecho se utiliza una serie de defensas tales como la formación reactiva, el desplazamiento, la racionalización y la sublimación, para enmascara cualquier material conciente que pudiese filtrarse a través del muro de la represión. De esta manera el énfasis dominante se centra en los procedimientos técnicos, referidos a veces en la literatura psicoanalítica como apoyo del ego y análisis del ego (Mahoney, 1988).

En términos generales, la meta del tratamiento psicoanalítico es ayudar al paciente a pensar y a conducirse en formas más adaptativas por medio de una mayor comprensión de sí mismo. En teoría, cuando el paciente comprende las verdaderas razones (con frecuencia inconscientes) por las cuales se siente o actúa en formas no adecuadas y comprende que estas razones ya no son válidas, entonces no tendrá que seguir conduciéndose de esta manera.

Sin embargo, no es suficiente que el terapeuta describa el material inconsciente que pudiera constituir el origen de los problemas, sino que el paciente tiene que realizar estos descubrimientos por sí mismo con la ayuda y guía del terapeuta. Por lo tanto, las metas principales de la terapia psicoanalítica son:

1. La captación (insight) intelectual y emocional de las causas fundamentales de la conducta del paciente y de sus problemas, y
2. El trabajar "al fondo de" o elaborar las implicaciones de esta captación (insight).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

“Volver consciente lo inconsciente” es un proceso gradual que ocurre a lo largo de muchas sesiones analíticas, algunas de mayor tono emotivo que otras. Este esfuerzo continuo de autoexploración a menudo se ve entorpecido por callejones sin salida, pistas falsas y un sin fin de defensas psicológicas urdidas por el paciente para evitar traer a la conciencia algunas verdades que ha guardado ocultas durante un periodo largo (Bernstein, 1986).

1.2.3. Psicoterapia centrada en el cliente

Se basa en que la persona es la mejor fuente de información acerca de sí misma y, por lo tanto, los miembros del movimiento centrado en el cliente dependen en gran medida de los auto-informes como la principal fuente de información, en lugar de utilizar las inferencias derivadas de los datos de prueba o de observaciones relacionadas. Dado que las personas reaccionan al campo como lo experimentan y perciben, el campo perceptual es la realidad; esto conduce a la conclusión de que el conocimiento objetivo acerca de los estímulos no es suficiente para predecir la conducta, el clínico debe saber algo acerca de la conciencia de la persona con respecto a los estímulos (Phares, 1999).

1.2.4. Psicoterapia existencial

Los existencialistas hacen varias afirmaciones acerca de la naturaleza humana, la más básica es la búsqueda del significado y, a través de la imaginación, la simbolización y el juicio, se lleva a cabo esta búsqueda en una matriz de participación en la sociedad. Una faceta crucial de la personalidad es la toma de decisiones, que recurre al mundo



tanto de los hechos como de las posibilidades; así, la personalidad no es sólo lo que uno es, sino también lo que uno se podría volver.

La toma de decisiones implica un conjunto de elecciones inevitables: uno puede elegir el presente (el *status quo*), que representa falta de cambio y un compromiso con el pasado. Esa elección conducirá a la culpa y remordimiento acerca de las oportunidades perdidas. Pero también se puede elegir la alianza con el futuro, la cual impulsa a la persona hacia el futuro, con una ansiedad que se deriva de la incapacidad para predecir y controlar lo desconocido. Dichas experiencias de culpa y de ansiedad no se aprenden, sino que son parte de la esencia de la vida, requiere de valor elegir el futuro y sufrir las ansiedades inevitables que implica tal elección. Pero una persona puede encontrar ese valor teniendo fe en sí misma reconociendo que elegir el pasado conducirá de manera inevitable a una culpa que es incluso más terrible que la ansiedad.

Así, la meta de la terapia consiste en ayudar al individuo a alcanzar un punto en el que se puedan ejercer de manera responsable la conciencia y la toma de decisiones. A través de la terapia, los individuos deben aprender a aceptar la responsabilidad de sus propias decisiones y a tolerar la ansiedad que se acumula a medida que avanzan hacia el cambio (Phares, 1999).

La terapia vivencial echa mano de presupuestos de la filosofía existencial, para un análisis reflexivo, permitiendo llegar a una comprensión fenomenológica del existente. Tal abordaje psicoterapéutico tiene como principio básico la comprensión del cliente en su totalidad y no como una colección de partes, partiendo de su propio ángulo. Refiriéndose al hombre como creador de sí mismo y de su mundo. Su

objetivo es descifrar patrones de comportamiento para llegar entonces al proyecto o imagen que el individuo tienen de sí mismo.

Partiendo del principio de que, para actuar, el hombre necesita establecer proyectos, el trabajo de la terapia vivencial determina su proyecto original o, si se prefiere, su auto imagen creada.

Acompañando la vida de una persona tal como ella la declara, hasta sus últimas consecuencias, llegaremos al proyecto original. Esto es el terapeuta, vista como un compañero existencial en el intercambio de ideas, en el cuestionamiento de valores y metas personales, comprende el mundo vivencial del cliente, haciendo que el también lo comprenda.

Así, el principal objetivo de la psicoterapia existencial es proporcionar una maximización de la autoconciencia para favorecer un aumento del potencial de lección; es proporcionar una ayuda efectiva al cliente en el sentido que se descubra y su auto-guía.

Existen algunas etapas del proceso terapéutico que a groso modo se relacionan entre sí:

Inicialmente, existe una desorganización del contenido expresado por el cliente: liberación de las formas inauténticas del vivir. Hay una descripción de la problemática, con una actitud generalmente bastante crítica con relación a la auto-imagen, no habiendo aun concientización de que se es responsable por los propios problemas.

Posteriormente, existe lo que se denomina exploración del problema. Este segundo momento se caracteriza por el descubrimiento de nuevas formas auténticas de existir. Surge un cuestionamiento de valores y una consecuente búsqueda de aquellos que más conscientes

con su modo actual de vida, las contradicciones aparecen nitidamente y hacen que el cliente necesite obtener un lenguaje más conciente del yo, para evaluar mejor su comportamiento.

Como es la experiencia el punto más importante de este trabajo, el énfasis solo puede estar focalizado en el momento presente. El presente no es algo estático, que contiene el pasado y el futuro percibidos por la persona. No hay negación del pasado (historia) o del futuro (proyecto), estos solamente son valorizados en la medida en que están actuando en el presente (Saldaña, 1989).

1.2.5. Psicoterapia Gestalt

En la terapia Gestalt, el énfasis se coloca en la experiencia presente y en la conciencia inmediata sobre la emoción y la acción. Estar en contacto con los propios sentimientos reemplaza la búsqueda de los orígenes de la conducta. Los problemas existenciales que se expresan en un fracaso para encontrar significado en la vida han surgido dentro de una sociedad tecnológica que separa a las personas de sí mismas. El verdadero significado de la vida sólo se puede encontrar en la experiencia inmediata de las emociones. La terapia Gestalt promete restaurar el equilibrio adecuado (Phares, 1999).

La terapia Gestalt ha tomado dos conceptos de la teoría Gestalt:

1. Su definición de Gestalt, entidad constituida por las relaciones dinámicas entre una forma y un fondo, que permite a la persona organizar sus percepciones en un todo. Concepto que incluye la alternancia de contacto y retirada, y el carácter innato de la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

necesidad que tiene el individuo de organizar su experiencia según sus necesidades.

Petit (1987) se refiere a dos niveles diferentes de Gestalt: por una parte la Gestalt de la personalidad, la totalidad que se manifiesta en la realización de sí mismo y que necesita la reintegración de las partes que habían sido aisladas de la personalidad. Por otra parte, la Gestalt del comportamiento, la totalidad que emerge cuando una tarea emprendida ha sido llevada a buen término.

2. El concepto de Gestalt no terminada, que implica que una persona no puede estar disponible para otro tipo de experiencia hasta que haya llevado a término las experiencias incompletas de su vida. En tanto la Gestalt no esté terminada, la persona la reproducirá compulsivamente, y constituirá un esquema repetitivo de comportamiento.

Este concepto de Gestalt expresa bien el proceso del ser humano: tiene en cuenta la necesidad del organismo en su totalidad, su deseo de realización que dará el impulso inicial hacia la relación con el entorno. Este crecimiento implica la participación del individuo en tanto que es sujeto consciente. De Gestalt en Gestalt, éste bebe de su entorno lo que es necesario para su subsistencia e integra aquello de lo que tiene necesidad para desarrollar y ampliar su campo de conciencia y de experiencia. La terapia Gestalt considera que una persona sana es aquella en la que se desarrolla de forma permanente y sin trabas un proceso de formación y posterior de Gestalt (Petit, 1987).

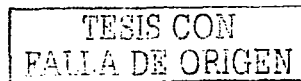
1.3. Psicoterapia cognitivo-conductual

Vargas e Ibáñez (2002) indican que la psicoterapia, desde el punto de vista de la aproximación cognitivo-conductual, tiene una serie de vertientes. En esencia, se considera la conducta problemática igual que la conducta funcional. Es decir, que tanto una como la otra están regidas por las mismas leyes de la conducta. Ambas son una conducta aprendida. Y si la conducta patológica es aprendida, puede ser modificada a través del mismo proceso. Por lo tanto, cuando un psicólogo cognitivo-conductual se enfrenta a un paciente, hace una evaluación de la que se desprende que el paciente:

- ✓ Tiene un exceso de conducta. Por ejemplo, una obsesión compulsión es una conducta que se da en exceso.
- ✓ Tiene un déficit de conducta. Por ejemplo, no tiene habilidades sociales o las suficientes para afrontar la problemática actual que se le presenta (Goldfried, 1992; citado en Vargas e Ibáñez, 2002).
- ✓ Tiene una visión distorsionada del ambiente que le rodea. Es decir, que su manera de ver las cosas le causa problemas. Por ejemplo, es muy perfeccionista y sufre cuando se enfrenta a una persona con defectos.

En este mismo sentido, esta aproximación psicoterapéutica tiene una serie de recursos para resolver la problemática del paciente. Para los dos primeros puntos mencionados, se tiene un armamento de técnicas derivadas de la psicología del aprendizaje basadas en los cuatro principales principios, tales como reforzamiento, extinción, castigo y control de estímulos (Skinner, 1975; citado en Vargas e Ibáñez, 2002).

Los procedimientos de intervención que reflejan una postura cognitivo-conductual están basados en los principios siguientes:



1) el organismo humano responde a las representaciones cognitivas del medio, no al medio propiamente dicho, 2) esas representaciones cognoscitivas están relacionadas con el proceso de aprendizaje, 3) la mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognoscitivamente, y 4) los pensamientos, los sentimientos y las conductas son causalmente interactivos (Mahoney, 1977; citado en Kendal y Norton-Ford, 1988).

Esta orientación parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento, y que el cambio conductual se haya mediado por las actividades cognitivas; es decir, la identificación y la alteración sistemática de aspectos cognitivos desadaptativos producirá los cambios conductuales deseados. La terapia está diseñada para ayudar al paciente a identificar, probar la realidad y corregir concepciones o creencias disfuncionales, se ayuda a los clientes a reconocer las conexiones entre las cogniciones, el afecto y la conducta, junto con sus consecuencias, para hacerles conscientes del rol de las imágenes y pensamientos negativos en el mantenimiento del problema.

En general, en el enfoque cognitivo-conductual se utilizan manipulaciones ambientales, y éstas representan ensayos *feedback* informativos o experimentos que aportan una oportunidad para que el paciente cuestione, revalore y adquiera autocontrol sobre conductas, sentimientos y cogniciones desadaptativas, al mismo tiempo que practica habilidades entrenadas (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1998). Algunos tipos de psicoterapia cognitivo-conductual son los siguientes:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.3.1. Relajación

La relajación de los músculos a menudo ayuda a la gente que está tensa físicamente, y angustiada en general. Se enseña como una técnica que requiere que se tensen y luego se relajen varios grupos de músculos, y se anima al individuo a que sienta la diferencia entre la tensión y la relajación. Al principio, los individuos usan los ejercicios de relajación principalmente durante la terapia, pero al ir progresando en su habilidad para relajarse, se les anima a que se relajen en la vida diaria, incluso en las situaciones que les producen estrés (Golfried, 1996).

1.3.2. Hipnosis

La relajación es un ingrediente de la hipnosis; los hipnotizadores suelen comenzar sus sesiones pidiéndoles a sus pacientes que se queden mirando un objeto, indicando con voz suave que sus párpados se están volviendo pesados, que se están relajando y están quedando hipnotizados, y que les será fácil realizar las sugerencias del hipnotizador. Si los sujetos están dispuestos a ser hipnotizados, se ven relajados y soñolientos y responden a las indicaciones de prueba del hipnotizador; posteriormente, afirman que ha habido cambios en sus sensaciones corporales y afirman que han sido hipnotizados (Golfried, 1996).

1.3.3. Desensibilización sistemática

Ésta comienza con la inducción de un estado de relajación. Mientras está relajado, el individuo que tiene un miedo específico intenso imagina escenas que se relacionan con ese temor. La desensibilización se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

inicia con escenas o imágenes que sólo despiertan un temor leve, y se anima al individuo a que se concentre en conservar el estado de relajación mientras se imagina estas situaciones; progresivamente va imaginando escenas más perturbadoras, una vez que ha logrado permanecer relajado. La teoría en que se apoya la desensibilización sistemática es que la respuesta de relajación compite con las respuestas de ansiedad aprendidas anteriormente (Mahoney, 1983).

1.3.4. Implosión

En la implosión se pone en contacto al paciente con estímulos que le provocan temor, y no se les interrumpe simplemente porque el paciente experimenta un alto grado de tensión. Su objetivo es saturar la sesión clínica de pensamientos e imágenes atemorizantes, con la esperanza de que se extingan las respuestas emocionales que provocan. La implosión se utiliza para ayudar a reemplazar el miedo y el terror con la relajación (Golfried, 1996).

1.3.5. Terapia aversiva

La terapia aversiva es un conjunto de técnicas que utilizan estímulos dolorosos y desagradables con el objeto de disminuir la probabilidad de que se produzca alguna conducta indeseada. La mayoría de los métodos aversivos se basan en el condicionamiento clásico. Se unen los estímulos que provocan la conducta problemática, al estilo de Pavlov, con un estímulo nocivo. La terapia aversiva también puede utilizar el castigo. En estos casos, se da el estímulo aversivo con la mayor brevedad después de que el cliente lleva a cabo la conducta problemática.

Los estímulos nocivos que se emplean en la terapia aversiva por lo general se presentan en una de dos formas: electrochoques o drogas que inducen náuseas o suprimen la respiración de manera temporal; también se han utilizado algunas sustancias que tienen algún sabor u olor muy desagradable.

Una forma más novedosa de la terapia aversiva se llama *sensibilización encubierta*, y requiere que el cliente se visualice o imagine determinadas consecuencias aversivas que pudieran acompañar a la conducta que no desea (Bernstein, 1982).

1.3.6. Manejo de contingencias

El manejo de contingencias se refiere a la presentación contingente o retiro de los reforzadores y estímulos aversivos que suceden a determinadas conductas. El término contingente significa que la manipulación de las consecuencias ocurre si y sólo si ha ocurrido la conducta que se planea fortalecer o debilitar. Una ventaja especial del manejo de contingencias es su flexibilidad. Se puede adaptar a las necesidades únicas de un individuo o se puede aplicar a las necesidades comunes de un grupo o hasta de una comunidad. Los procedimientos del manejo de contingencias son:

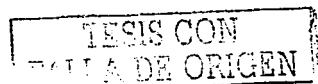
1. *El tiempo fuera.* Este es un ejemplo especial de extinción que reduce la frecuencia de alguna conducta indeseada al retirar a la persona de un ambiente donde estén presentes los reforzadores de esa conducta.
2. *Realización de los contratos de contingencias.* En éste hay un acuerdo formal, a menudo de forma escrita, entre el terapeuta y el cliente, en el que establecen las consecuencias de determinadas

conductas por ambas partes. De esta manera sistematiza y organiza la utilización de muchos de los métodos que se emplean para el cambio conductual.

3. *Economías de fichas*. Es un procedimiento que se utiliza para realizar los principios del manejo de contingencias con el fin de alterar una amplia variedad de conductas en una persona o grupo de personas. Se puede concebir como un sistema monetario a pequeña escala en el cual se les paga a las personas con una ficha cuando ejecutan determinadas conductas que se les hayan asignado. Ésta consiste en cuatro componentes: a) especificar las conductas meta; b) debe haber un intercambio o ficha que los participantes adquieran si llevan a cabo las conductas meta; c) deben existir reforzadores de apoyo, que son los bienes por los cuales se intercambian las fichas; d) se deben establecer las reglas de intercambio (Bernstein, 1982).

1.3.7. Modelamiento

El modelamiento proporciona al individuo demostraciones de la conducta que necesita fortalecerse. Con frecuencia, la gente no se da cuenta de que los hábitos controlan gran parte de su conducta, y por eso puede ser muy eficaz mostrarle que hay otras formas de hacer las cosas, por medio del modelamiento. Así, se anima al individuo a imitar la conducta del modelo, contando con la ayuda de éste cuando sea necesario; cuando la gente imita la conducta adaptativa de los modelos, se fortalecen sus nuevas respuestas por medio del reforzamiento positivo (Golfried, 1996).



1.3.8. Biorretroalimentación

Esta es una técnica especializada del manejo de contingencias, pero singular por dos razones: la primera es que las conductas que se controlan o cambian son las respuestas internas y automáticas que durante muchos años se consideraban completamente involuntarias y que por lo tanto no se podían someter a la modificación deliberada; en segundo lugar, la biorretroalimentación requiere algún tipo especial que registre la actividad que interesa y luego la comunique o le proporcione "retroalimentación" al cliente sobre esta actividad. La retroalimentación se transmite a través de un medio visual o un estímulo auditivo (Bernstein, 1982).

1.3.9. Terapia racional emotiva

Los principios de la Terapia Racional Emotiva (TRE) son los siguientes: Cuando una consecuencia (C) llena de emociones sigue a un evento activador (A), puede parecer que A causó C, pero lo que sucedió es que las consecuencias emocionales fueron creadas en gran parte por el sistema de creencias del individuo (B). Por lo tanto, cuando ocurre una consecuencia indeseable, por lo general se puede encontrar su origen en las creencias irracionales de la persona cuando éstas Disputan de manera efectiva (D), al retarlas de una manera racional, las consecuencias perturbadoras desaparecen y eventualmente dejan de presentarse otras veces (Mahoney, 1997).

Un resumen del ABC de esta terapia es: los problemas psicológicos no son provocados por la tensión externa sino por las ideas irracionales que las personas mantienen y que los conducen a ordenar, insistir y dictar que se deben cumplir sus deseos para que sean felices. Por lo

tanto, la meta de la TRE es acatar estas creencias irracionales, irrales y que perjudican a la propia persona e instruir en formas más lógicas y racionales del pensamiento que no las perturbará (Mahoney, 1997).

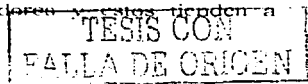
La terapia racional emotiva mantiene que los humanos son criaturas con un propósito, es decir, que buscan metas, ellos llevan consigo a hechos o experiencias activadoras, metas generales y específicas. Casi siempre sus metas básicas son: 1) permanecer vivo, 2) ser razonablemente feliz y verse libre del dolor mientras se está vivo. Sus sub-metas en la búsqueda de la felicidad incluyen: ser feliz a) cuando se está solo, por sí mismo, b) cuando se asocia con otra persona, c) cuando se ven inmersos en una relación íntima con los otros, d) cuando trabajan para vivir y e) cuando se ven inmersos en actividades recreativas.

Las creencias irracionales de la terapia racional emotiva son aquellas ideas, cogniciones y filosofías que sabotean el logro de las metas básicas o más importantes.

La teoría de la personalidad y de los trastornos de la personalidad de la teoría racional emotiva se inicia al intentar las personas lograr sus metas en algún tipo de ambiente, encontrándose con un conjunto de hechos activadores que tienden a ayudarles a lograr o bloquear esas metas.

La gente tiende a buscar y a responder a esos hechos a causa de: a) sus predisposiciones biológicas o genéticas, b) su historia constitucional, c) su aprendizaje anterior interpersonal y social y d) sus patrones de hábitos predispuestos de forma innata o adquirida.

Según la teoría de la terapia racional emotiva la gente tiene innumerables creencias sobre hechos activadores y estos tienden a



ejercer fuertes influencias sobre las consecuencias cognitivas, emocionales y conductuales. Así, la gente nunca experimenta A sin B y C, pero más raramente experimentan B y C sin A.

La gente puede aprender de sus padres, maestros u otras personas a hacer evaluaciones absolutistas inferencias y conclusiones. Pero los seres humanos probablemente aprenden con facilidad estas creencias irracionales, y las retienen rígidamente porque nacemos con una fuerte tendencia a pensar irracionalmente. Más importante aún es el hecho de que la gente aprende a menudo patrones racionales familiares y culturales, pero después los generalizan con exceso, los exageran y se convierten en creencias irracionales. Incluso en el caso de que todos los humanos se educaran de forma totalmente racional, la terapia racional emotiva supone que algunos tomarían sus patrones aprendido y sus preferencias irracionales, convirtiéndolos en demandas absolutistas sobre ellos mismos, sobre los otros y sobre el universo en que viven (Mahoney, 1988).

1.3.10. Terapia de Reestructuración Cognitiva

Como argumentan Ruch y Zimbardo (1979), los partidarios de este método creen que la mayoría de los neuróticos mantienen su conducta irracional debido a todas las cosas irracionales que se dicen constantemente a sí mismos en una especie de monólogo, cuyos elementos deben sacarse a la luz. Entre las ideas irracionales más comunes, que meten al individuo en la cabeza los padres o la cultura a la que pertenece, figuran las de que es toda una tragedia no alcanzar un enorme éxito, que tiene importancia vital que todo el mundo lo quiera y lo vea con buenos ojos, o que uno tiene que apoyarse en alguien más fuerte que uno mismo.

El terapeuta ayuda al paciente a descubrir qué es lo que se está diciendo a sí mismo y a cambiarlo por algo racional, como lo de que es posible ser feliz a pesar de incurrir en la desaprobación ocasional de los demás. También alienta al paciente para que "represente como acto" sus ideas, por doloroso que pueda ser el proceso (Ruch y Zimbardo, 1979).

1.4. Resumen

Durante el capítulo se revisaron varias definiciones de lo que es la psicoterapia, las cuales coinciden en algunos aspectos generales sobre ésta, que la describen como una interacción planificada basada en conocimientos psicológicos por parte del terapeuta, y que se utilizan para alcanzar los objetivos sobre como solucionar la problemática del cliente. Todo esto se realiza por medio del lenguaje; único instrumento de la actividad.

Además se describieron los diferentes tipos o modalidades de psicoterapia que tiene su sustento teórico en diferentes posturas relacionadas con la conducta humana, entre las cuales esta la teoría cognitivo-conductual, la cual parte del sustento de que la actividad cognitiva determina el comportamiento. Por lo tanto, se diseñaron técnicas específicas para resolver conflictos en base a esto y en función del concepto que se tiene acerca del comportamiento humano.

TESIS CON
FALLA DE CROEN

Capítulo 2

ELABORACIÓN DE CATEGORÍAS CONDUCTUALES PARA EL REGISTRO DE UNA INTERACCIÓN

La observación sistemática es una vía específica de acceso a la cuantificación de la conducta. Esta aproximación se refiere típicamente a la ocurrencia espontánea de la conducta que se observa en contextos naturales. El propósito consiste de antemano en varias modalidades de la conducta -códigos conductuales- y solicitar entonces a los observadores que registren, cada vez que ocurra la conducta, el correspondiente código predefinido. El centro y fundamento de cualquier investigación que utiliza la observación sistemática es el catálogo de códigos de conducta desarrollados para un determinado proyecto.

Los pilares inseparables de la observación sistemática son: a) utilización de catálogos predeterminados de códigos de conducta, b) por observadores que demuestren concordancia. Se necesita una gran cantidad de trabajo antes de elaborar un sistema de codificación útil. También se halló que eran necesarios diferentes sistemas de codificación para captar los diversos aspectos de la conducta (Bakeman y Gottman, 1989). Por lo tanto, la observación es un método importante para medir la conducta, explorando aspectos dinámicos orientados al proceso de la conducta que se observa.

2.1. Elaboración de esquemas de codificación

Según Bakeman y Gottman (1989), el primer paso de una investigación observacional es el desarrollo de un esquema de codificación, lo cual constituye una etapa que requiere tiempo y atención considerables. Es simplemente la lente mediante la cual se contempla el mundo. Ahora bien, si esta lente esta cuidadosamente construida y bien formada, debería ofrecernos una visión más clara de lo que vamos a observar. Un punto importante al iniciar el desarrollo de un esquema de códigos es empezar con una pregunta clara, para delimitar nuestro objetivo de estudio.

Debido a que no estamos completamente seguros sobre que será importante para nuestra investigación, Bakeman y Gottman (1989) dicen que necesitamos comenzar registrando todas las ocurrencias de conducta, para analizarlas y obtener las características más importantes. Debemos tomar en cuenta que las categorías que se utilicen deberán de contener una separación de interés para realizar el registro. Con el esquema de codificación, el proceso que va desde la recogida de datos hasta el análisis e interpretación de datos será sencillo y lineal. Un esquema de codificación tiene que llegar a ajustar ideas y preguntas del investigador; sin embargo, cuando las preguntas de investigación se hallan claramente establecidas, es mucho más fácil determinar cuales son las distinciones que debería marcar el esquema de codificación (Bakeman y Gottman, 1989).

Consideramos que es de gran importancia tener claro el objetivo de estudio, dado que esto facilita en gran medida la elaboración del esquema de codificación, ya que nos permitirá solo extraer las características conductuales que nos serán útiles.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.1.1. Esquemas de códigos elaborados en base a un criterio físico versus social

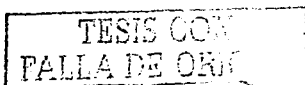
Los esquemas con base física, clasifican el comportamiento con claras y conocidas raíces en la fisiología del organismo, mientras que los esquemas con base social, estudian las conductas a partir de una buena clasificación que depende más de las ideas de la mente del investigador que en mecanismos del cuerpo.

En un esquema de codificación basado en un criterio físico, codificaríamos tales variaciones como una configuración de características específicas, pero en otro basado en un criterio social lo haríamos con conceptos tales como alegría, tristeza, enojo, etcétera. El esquema de codificación basado en un criterio social requiere de una inferencia mucho mayor (Bakeman y Gottman, 1989).

Las dificultades que presentan los esquemas de codificación sociales son que las decisiones que tomen los investigadores estarán basadas o influidas por la naturaleza del problema y no cuentan con elementos claros y exactos para la codificación. Por lo tanto, Bakeman y Gottman (1989) mencionan que cuando se elaboran esquemas de codificación, un ejercicio muy útil es describir cada conducta de la forma más específica que sea posible para que no dar lugar a ambigüedades.

2.1.2. Códigos mutuamente excluyentes y exhaustivos

Los esquemas de codificación deben ser mutuamente excluyentes y exhaustivos, esto significa que solo un código puede asociarse con un suceso particular (mutuamente excluyente) pero que hay un código para cada evento (exhaustivo). En un principio, pueden definirse códigos para



2.1.1. Esquemas de códigos elaborados en base a un criterio físico versus social

Los esquemas con base física, clasifican el comportamiento con claras y conocidas raíces en la fisiología del organismo, mientras que los esquemas con base social, estudian las conductas a partir de una buena clasificación que depende más de las ideas de la mente del investigador que en mecanismos del cuerpo.

En un esquema de codificación basado en un criterio físico, codificaríamos tales variaciones como una configuración de características específicas, pero en otro basado en un criterio social lo haríamos con conceptos tales como alegría, tristeza, enojo, etcétera. El esquema de codificación basado en un criterio social requiere de una inferencia mucho mayor (Bakeman y Gottman, 1989).

Las dificultades que presentan los esquemas de codificación sociales son que las decisiones que tomen los investigadores estarán basadas o influidas por la naturaleza del problema y no cuentan con elementos claros y exactos para la codificación. Por lo tanto, Bakeman y Gottman (1989) mencionan que cuando se elaboran esquemas de codificación, un ejercicio muy útil es describir cada conducta de la forma más específica que sea posible para que no dar lugar a ambigüedades.

2.1.2. Códigos mutuamente excluyentes y exhaustivos

Los esquemas de codificación deben ser mutuamente excluyentes y exhaustivos, esto significa que solo un código puede asociarse con un suceso particular (mutuamente excluyente) pero que hay un código para cada evento (exhaustivo). En un principio, pueden definirse códigos para

TESIS CON
FALLA DE ORIG

cada evento (exhaustivo). En un principio, pueden definirse códigos para cualquier conducta de forma que se consideren mutuamente excluyentes y exhaustivas. Por ejemplo, si nos hallamos interesados en la coordinación del comportamiento vocal y visual durante una interacción cara-cara podemos registrar: a) cuando el sujeto A esta mirando; y b) cuando A está hablando con su compañero/a. Estos dos códigos de conducta pueden co-ocurrir y por lo tanto no son mutuamente excluyentes, pero si contemplamos su concurrencia mediante un código nuevo o distinto, podríamos elaborar un esquema de codificación que constaría de cuatro categorías: a) A mira; b) A habla; c) A mira y habla; y d) categoría nula, donde A ni mira ni habla.

Hay que tener en cuenta que el tiempo empleado en la codificación puede incrementarse en algunos sistemas debido a la naturaleza de las decisiones que tiene que adoptar el codificador (Bakeman y Gottman, 1989). El hecho de que los códigos sean mutuamente excluyentes y exhaustivos nos facilita de manera importante la realización de los registros, ya que no dan lugar a confusiones por parte de los observadores y favorece el entrenamiento de éstos.

2.1.3. Evolución de un sistema de codificación.

Rosenblum (1978; citado en Bakeman y Gottman, 1989) describió las fases iniciales implicadas en la creación de un sistema de codificación. En primer lugar, comenta la importancia del establecimiento de las condiciones de observación. En particular, la situación elegida afectará a la diversidad de conductas a aparecer, las cuales, a su vez, determinarán la complejidad del sistema de categorías. En segundo lugar, sugiere comenzar con una observación informal de la conducta y dijo lo siguiente:

Es mejor empezar de la forma más inestructurada posible. Hay una gran ventaja en comenzar tales observaciones sólo con un lápiz y un bloc para registrar, dejando aparte los imperativos restrictivos que tendrán que imponerse después de separar el trigo de la paja en el desarrollo del problema de investigación. Es vital empezar a hacer uso de las increíbles capacidades de la mente humana para sintetizar e integrar... Al inicio, el observador debe simplemente observar, permitiendo que los sujetos individuales surjan como entidades separadas en el grupo y que los patrones de conducta emerjan como figuras frente a los antecedentes de actividad inicialmente amorfa.

Bakeman y Gottman (1989) sugieren que las descripciones narrativas escritas son muy útiles en la fase inicial. A partir de ellas se genera una lista de códigos que se espera sea el sistema de codificación. Un sistema de codificación puede evolucionar en la medida en que es utilizado por codificadores inteligentes. Para hacerse sistemático, se requiere que los observadores escriban un índice narrativo de cada sesión de observación registrando cualquier nueva conducta que ocurra y parezca importante. Entonces, se les debe pedir a los observadores que tomen nota de los contextos en los cuales tienen lugar estas nuevas conductas, sus antecedentes y consecuentes. La nueva conducta puede ser parte de un comportamiento funcional ya descrito, o requerir una categoría para sí misma.

Por lo tanto, no existe otro elemento específico importante para el éxito de un estudio observacional como el esquema de codificación. Y la elaboración de un esquema adecuado constituye frecuentemente una tarea ardua. Debería asumirse que implica un elevado número de horas de observación informal.

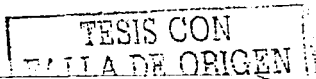
En base a lo mencionado anteriormente por Bakeman y Gottman (1989), estamos de acuerdo en hacer observaciones narrativas en un principio, dado que cuando se inicia la elaboración del sistema de códigos, no conocemos exactamente lo que nos vamos a encontrar, y las narraciones que se realizan nos sirven como guía para tener una aproximación de lo que nos vamos a hallar y de ahí se puede partir para la realización de los códigos.

2.2. Registro de secuencias conductuales

El registro de secuencias conductuales sugiere dos tópicos distintos pero relacionados: cuestiones mecánicas que se utilizan para el registro de datos, o bien diferentes estrategias para recoger datos sobre secuencias de conducta.

2.2.1. Unidades de registro: eventos versus intervalos

Según Bakeman y Gottman (1989), antes de seleccionar una estrategia particular para el registro, un investigador necesita describir primero qué unidades utilizará con él. Como vemos existen dos posibilidades: eventos o intervalos. Un investigador podría elegir el codificar intervalos de tiempo, asignando códigos a dichos sucesivos intervalos. Esta es una estrategia común, pero para muchos propósitos se obtienen datos más precisos cuando se codifican realmente los propios eventos. En tales casos, los observadores esperan que suceda un evento de interés. Cuando ocurre uno, ellos lo codifican y quizás también registran sus tiempos de comienzo y final.



¿Qué es mejor, codificar eventos o codificar intervalos? Esto depende del número de factores que incluya el tipo y complejidad de esquema de codificación, la precisión deseada para los datos y las características del equipo de registro disponible.

2.2.2. Eventos momentáneos versus duración

En ocasiones, los investigadores se refieren sólo a la frecuencia con que ocurren ciertos eventos o en qué orden se presentan, y no se interesan por el tiempo que duran. En ocasiones, la duración —cantidad media de tiempo que dura un tipo particular de evento o proporción de tiempo gastada para un determinado evento— sí tiene mucho que ver. Como consecuencia, numerosos autores han encontrado conveniente distinguir entre eventos momentáneos (o frecuencia de conducta) por una parte y estados conductuales (o duración de las conductas) por otra (Bakeman y Gottman, 1989).

Una forma particular de conceptualizar la duración de los eventos es tan común y tan útil que merece ser comentada. Con frecuencia, los investigadores consideran los eventos que codifican como estados conductuales. Típicamente, la suposición está en que la conducta que los observadores ven refleja alguna organización subyacente, y en que, en cualquier momento dado, el niño, animal, diada, etcétera, se hallará en un estado particular. La misión de los observadores es segmentar el flujo de la conducta en estados conductuales mutuamente excluyentes y exhaustivos.

La distinción entre eventos momentáneos y de duración parece digna de ser tenida en cuenta, debido en parte a las consecuencias que puede tener sobre el registro de datos. Cuando el investigador quiere

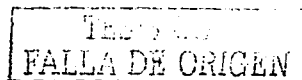
conocer sólo el orden de los eventos o cómo se secuencian los estados conductuales, entonces los sistemas de registro no necesitan conservar el tiempo. Sin embargo, si el investigador quiere también conocer la proporción de tiempo empleado en los diferentes estados conductuales, entonces sí necesita registrarse la información sobre el paso del mismo (Bakeman y Gottman, 1989).

2.2.3. Registro continuo versus intermitente

Casi todas las estrategias que se han descrito son ejemplos de registros continuos, no intermitentes. La fase de registro continuo evoca un registrador de eventos, con su rollo de papel y estiletos moviéndose continuamente, dispuesto a registrar los eventos por su desviación. Es un instrumento bastante incómodo, y poco utilizado en investigación observacional. Casi siempre los investigadores prefieren lápiz, papel y algún tipo de reloj, o incluso un instrumento electrónico de registro. Todavía la fase de registro continuo parece apropiada para las estrategias antes descritas, ya que los observadores están continuamente alerta, prestando atención, dispuestos a registrar cuando quiera que ocurra un evento de interés, o en cualquier momento que cambie un estado conductual, o cuando trascurra un intervalo de tiempo específico (Bakeman y Gottman, 1989).

2.2.4. Codificación de eventos

Bakeman y Gottman (1989) argumentan que la cuestión básica a tener en cuenta es la tarea del observador y, sobre todo, lo que este obtiene al registrar un código particular. Cuando los eventos que interesan son los que incitan al observador a entrar en acción, no un



intervalo de tiempo que transcurre, diríamos que utiliza las estrategias de codificación de eventos para el registro de datos observacionales. Tales datos se registran generalmente mediante una lista de control. Los códigos conductuales se escriben a lo largo de la página, en lo alto de las columnas. Entonces, cuando ocurre un evento codificable, se hace una marca en la columna adecuada.

En este tipo de registro queda asegurado el requisito básico de los datos secuenciales, porque el flujo de la conducta se segmenta en eventos sucesivos, de forma que no queda ningún resquicio. Sin embargo; los datos secuenciales pueden también obtenerse cuando los observadores simplemente dan cuenta de lo que sucede, lo que ocurrió entonces, lo que pasaría después, registrando el orden de los eventos codificables. El que tales datos se registren como consecuencias o no dependen de cuan plausible sea la suposición de continuidad entre eventos sucesivos, lo que a su vez depende del esquema de codificación y de las circunstancias locales que rodean la observación. Sin embargo, más que haberse centrado en cuestiones de plausibilidad, pensamos que sería mejor si los códigos se definieran desde el principio como mutuamente excluyentes y exhaustivos. Entonces es fácil argumentar que los datos constan de un registro continuo de eventos sucesivos o estados conductuales (Bakeman y Gottman, 1989).

Obviamente, depende del objetivo de la investigación para saber de qué forma se realizarán los registros, pero un medio importante para cualquier registro y que es de gran utilidad es videograbar las interacciones, ya que una ventaja obvia que se tiene es que los eventos pueden ser interpretados y reinterpretados hasta que los observadores se sientan seguros sobre cómo han codificado una secuencia particular.

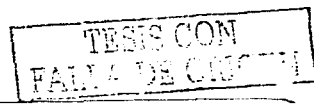
2.2.5. Registro de tiempos de inicio y fin

Cuando se necesita información sobre el tiempo, lo cual significa generalmente que el investigador quiere obtener una información sobre el presupuesto de tiempo o incluso conocer como los diferentes tipos de conducta se hallan coordinados en el tiempo, a los observadores se les puede pedir que registren no sólo la ocurrencia de un evento codificable, sino también su inicio y fin. La tarea es más fácil cuando los códigos son mutuamente excluyentes y exhaustivos, ya que no se necesita registrar los tiempos de finalización. En tales casos, el fin de un código esta implicado por el inicio del otro mutuamente excluyente (Bakeman y Gottman, 1989).

2.2.6. Codificación de intervalos

Para las estrategias de registro descritas, los observadores son desencadenadores de evento, es decir, están incitados a registrar datos siempre que ocurre un evento codificable. Por otra parte, cuando se utiliza una estrategia de codificación de intervalo (o registro de intervalo), los observadores son desencadenadores de tiempo, es decir, registran típicamente en ciertos tiempos predeterminados.

Bakeman y Gottman (1989), mencionan que tales datos pueden ser recogidos sin problema con papel y lápiz a través de un formato de lista de control. Tal como antes se mencionó brevemente, los códigos conductuales encabezan las columnas desde la parte superior de la pagina, mientras que las filas que se distribuyen a continuación representan los sucesivos intervalos de tiempo. Cuando un evento codificable ocurre dentro de un intervalo, los observadores colocan una marca en la fila y columna que corresponde. Incluso aunque los



observadores puedan mover primero el lápiz hacia el papel cuando ocurre el evento, y sean desencadenadores de evento en este sentido, el resultado final es la caracterización de intervalos que contiene o no un evento de interés y, por este motivo, ésta estrategia se denomina "codificación de intervalos".

Sin duda, la consideración fundamental cuando se utiliza una estrategia de codificación de intervalos es la longitud elegida de éste. Si el intervalo es algo más corto que la menor duración típicamente encontrada para un evento codificable, entonces se introducirá una pequeña distorsión en los datos. Muchos investigadores que utilizan una estrategia de codificación de intervalos entienden perfectamente bien que el intervalo establecido no debe ser tan largo que mezcle inicios y finales de los eventos que se están estudiando, ya que si lo es, no sólo estimará de forma imprecisa las frecuencias, duraciones y porcentajes, sino que se distorsionarán las secuencias conductuales (Bakeman y Gottman, 1989).

En suma, cuando la simplicidad y el bajo costo de instrumentación importa más que la precisión, o cuando el intervalo es más corto que la mayoría de los eventos codificables y los observadores prefieren marcar o categorizar intervalos a registrar tiempos de inicio, entonces probablemente tenga sentido una estrategia de codificación de intervalos. Para los demás casos, debería utilizarse, probablemente, alguna variante de codificación de eventos.

2.2.7. Clasificación de eventos de forma cruzada.

Una vez que se ha detectado un evento codificable, la tarea del observador es la de clasificar el evento, es decir, asignarlo a una de las categorías del esquema de codificación. Hay una segunda forma de

codificar eventos que, sin embargo, no requiere ningún tipo de continuidad entre los que son sucesivos, sino que resulta al ser aprehendidas secuencias conductuales. Este método no clasifica simplemente eventos sino que lo hace de forma cruzada, en varias dimensiones. La cuestión clave de este enfoque es el esquema de codificación. Los tres esquemas utilizados para la clasificación de conductas de forma cruzada tienen un orden temporal natural; de aquí que las estrategias de clasificar eventos de forma cruzada no sean necesariamente secuenciales.

2.2.8. Consideraciones no secuenciales: muestreo de tiempo.

La esencia del muestreo de tiempo radica en que la observación es intermitente, no continua. Se muestran breves periodos repetidos no contiguos de tiempo, y se registra algo sobre ellos. No existe continuidad entre las distintas muestras, y por ello los datos que se obtienen no son generalmente candidatos adecuados para el análisis secuencial. Una variante del muestreo de tiempo, requiere que los observadores entremezclen periodos de observación y periodos de registros (Bakeman y Gottman, 1989).

Por lo tanto, consideramos que el esquema particular de registro que sea elegido dependerá del problema de investigación. Sin embargo, por lo general, encontramos que los registros de eventos, y clasificación de eventos de forma cruzada son más útiles para el análisis secuencial que el registro de intervalos o muestreo de tiempo, estos sólo nos dan aspectos generales de conductas que se dan en un contexto específico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3. Evaluación de la concordancia entre observadores

Bakeman y Gottman (1989), dicen que la principal razón conceptual para evaluar la concordancia entre observadores es la de convencer a los demás acerca de la precisión de los datos registrados. La suposición consiste en que si dos observadores ingenuos llevan a cabo de modo independiente una codificación, esencialmente similar de los mismos eventos, los datos registrados deberían reflejar algo más que un deseo de agradar al "jefe" por haber visto lo que éste quiere, y algo más que una forma única y quizá extraña de un individuo de ver el mundo.

La calibración de los observadores es la razón práctica esencial para establecer su concordancia, ya que cuando diferentes observadores se dedican a registrar los mismos tipos de datos, necesitamos asegurarnos de que dichos datos no varían en función del observador; o sea, necesitamos calibrar observadores con cada uno de los demás, o evaluarlos a todos respecto a algún protocolo estándar.

Bakeman y Gottman (1989) afirman que cuando dos observadores concuerdan independientemente, la suposición normal es que existe, por lo tanto, precisión. Si la primera razón para evaluar la concordancia de los observadores es asegurar a otros que nuestros observadores son precisos y nuestros procedimientos replicables, y la segunda razón está en calibrar a observadores múltiples, la tercera consiste en asegurarnos a nosotros mismos, como investigadores, que los observadores están codificando lo que queremos.

Aunque este proceso es de suma importancia para que una investigación sea confiable, cabe destacar que se requiere de mucho tiempo de entrenamiento por parte de los observadores para alcanzar la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

concordancia a pesar de tener un buen esquema de codificación, aunque esto ayuda de manera significativa.

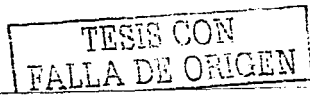
2.3.1. Porcentajes de acuerdo

Bakeman y Gottman (1989) mencionan que quizá el que se encuentra con más frecuencia, y a la vez el más engañoso índice de concordancia de los observadores, es un porcentaje de este tipo, el cuál se refiere generalmente al "porcentaje de acuerdo". Para realizarlo, primero necesita definirse lo que constituye un acuerdo entre observadores. Una vez que se han identificado y anotado los acuerdos y desacuerdos, puede calcularse el porcentaje de acuerdo o concordancia.

Generalmente se piensa que los porcentajes de concordancia son "buenos" si se sitúan alrededor de 90, pero no hay base racional para creerlo. El problema está en que existen demasiados factores que pueden afectar el porcentaje de acuerdo, de forma que la comparación entre los diferentes estudios es baja.

El argumento más mencionado en contra de las puntuaciones de porcentaje de acuerdo es que, dado un particular esquema de codificación y una específica estrategia de registro, se produciría alguna concordancia por el simple efecto del azar, incluso con observadores que llevaran los ojos vendados, y no lo corregirían las puntuaciones de porcentaje de acuerdo. O sea, el problema con los porcentajes de acuerdo está en que no tienen en cuenta la parte de la concordancia entre los observadores que se debe al azar (Bakeman y Gottman, 1989).

Según nuestro punto de vista, consideramos que es útil usar el porcentaje de acuerdo sólo al principio de la investigación (durante el

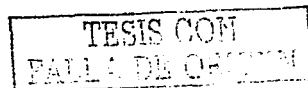


entrenamiento de los observadores), ya que con éste, ellos se podrían dar una idea de la concordancia que tienen al observar un mismo evento y así poder corregir algunos errores; sin embargo, al entrar de lleno en la investigación, es mejor utilizar métodos más sofisticados que demuestren que realmente los observadores fueron confiables al registrar un evento.

2.3.2. El coeficiente kappa de Cohen

Un estadístico de concordancia que corrige el azar es el índice kappa de Cohen. Este estadístico puede hallarse entre los más exigentes, ya que muestra la concordancia punto-por-punto; además, existen al menos dos razones a favor de un estadístico relativamente exigente como éste. Primero, la determinación de la concordancia de los observadores cumple más de un objetivo: para el entrenamiento de los observadores y el suministro de un *feed-back* en su rendimiento, nos hallamos a favor de un enfoque que requiere la concordancia punto-por-punto. Es lo mismo que ocurre con la información gráfica sobre los desacuerdos que proporciona la tabla kappa. Segundo, una vez que se ha establecido la concordancia a un nivel detallado, podemos seguramente suponer acuerdo a niveles menos explícitos, y en cualquier caso se requiere un nivel relativamente detallado para el análisis secuencial.

Cuando los observadores codifican eventos, es relativamente sencillo hallar la concordancia sobre cómo se codifican las unidades, una vez que éstas se han identificado. Kappa es un estadístico resumen que describe la concordancia respecto a cómo se utiliza el esquema de codificación (no la concordancia sobre las categorías específicas en el esquema), y que los códigos que definen cada tabla kappa deben ser mutuamente excluyentes y exhaustivos.

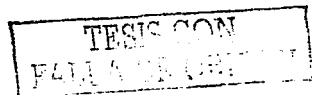


Cuando los eventos se clasifican de forma cruzada, la única diferencia es que hay una tabla kappa para cada esquema de clasificación (o dimensión) y que los eventos no detectados por ambos observadores no pueden introducirse en la tabla.

Bakeman y Gottman (1989), refieren que el cálculo de kappa se puede optimizar mediante al menos tres formas. Primero, los investigadores pueden apreciar algunos desacuerdos que son más graves que otros. Segundo, el cálculo de la proporción esperada por el azar tal como generalmente se presenta, utiliza los totales de fila y de columna (los marginales), pero en algunos casos los investigadores pueden creer que tienen mejores formas de estimar la distribución esperada de los códigos. Tercero, se pueden utilizar varios observadores —no sólo dos—, y los investigadores pueden descartar un método generalizado para calcular el kappa entre los diferentes pares.

Cuando nos interesa convencer a otros de que nuestros observadores son precisos, podemos muy bien reunir datos de diferentes tablas de concordancia en una tabla kappa, calculando e interpretando un único valor de kappa. Esto tiene el mérito de obtener marginales más realistas. Sin embargo, cuando nuestro objetivo es el de calibrar y entrenar observadores, querríamos calcular las kappas separadamente para cada tabla de concordancia, de forma que se obtuviera un inmediato *feed-back* (Bakeman y Gottman, 1989).

La ventaja final del kappa de Cohen es que la propia tabla kappa ofrece una representación gráfica de desacuerdo. La inspección casual revela inmediatamente qué códigos se confundían con frecuencia y cuáles casi nunca. Además, la simple inspección puede también revelar si un observador es más "sensible" que otro.



2.3.3. Concordancia respecto al establecimiento de unidades

Cuando la unidad que se está codificando es un intervalo de tiempo, los límites de la unidad se hallan determinados por un reloj y no por los observadores. Siempre es importante dejar muy claro qué es lo que constituye una "unidad" en cada paso de la tarca de codificación. Cuando se requiere que los observadores establezcan las unidades antes de la codificación, debería prevalecer el sentido común al describir la concordancia en la fijación de unidades (Bakeman y Gottman, 1989).

En la codificación de eventos sin información sobre el tiempo, se pueden tener problemas al no marcar límites de eventos. Si los observadores sólo anotan la secuencia de eventos, lo que significa que los datos registrados constan de una fila de números o símbolos, representando cada uno un evento particular o un estado conductual, entonces es más difícil la determinación de la concordancia respecto a límites de las unidades. Los dos protocolos necesitarían ponerse uno al lado del otro, lo que es relativamente fácil cuando la concordancia es elevada, y mucho más difícil si no, requiriendo alguna apreciación en cualquier caso.

El problema es similar cuando se codifican en primer lugar los intervalos de tiempo. De nuevo, el establecimiento de unidades se lleva a cabo mediante relojes, no por observadores. Cuando se clasifican eventos de forma cruzada, sin embargo, necesitamos preguntar en qué medida se hallan ambos observadores detectando los mismos eventos. Este es un segundo caso en que el porcentaje de acuerdo puede ser un estadístico útil.

2.4. Representación de datos observacionales

Para poder representar nuestros datos observados, es útil que se puedan definir relativamente pocas formas estándar, ya que no sólo ayudaría a estandarizar la terminología en relación con el análisis secuencial, facilitando así la comunicación, sino que también haría más fáciles los análisis, pudiendo así diseñar y escribir programas generales de ordenador para dicho análisis secuencial.

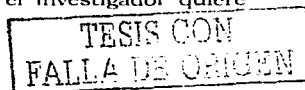
2.4.1. Secuencias de evento

La forma más simple de representar la conducta secuencial es mediante secuencias de evento. Si el investigador puede definir una serie de códigos de interés mutuamente excluyentes y exhaustivos, si la secuencia en la que dichos códigos ocurren puede ser extraída de los datos que son registrados, y si puede asumirse una razonable continuidad entre las sucesivas categorías, entonces parte (si no toda) de la información que contienen los datos puede ser representada como secuencias de evento.

Frecuentemente es lo más deseable. Cada línea de un registro de datos secuenciales de evento consta simplemente de códigos para los diferentes eventos o estados, ordenados tal como ocurrieron en el tiempo. (Bakeman y Gottman, 1989)

2.4.2. Secuencias de tiempo

Para algunos análisis, puede tener interés la duración de estados o eventos específicos de conducta, ya sea porque el investigador quiere



conocer cuánto ha durado en promedio un tipo particular de evento, o porque desea saber qué proporción del tiempo de observación se ocupó en un tipo específico de evento. En tales casos, la forma en que los datos se representen necesita incluir información sobre la duración de cada evento o estado de conducta.

Los datos en secuencia de tiempo pueden representarse de dos formas: cada símbolo puede significar un sucesivo intervalo de tiempo (una forma que es fácil de leer); alternativamente, el archivo puede constar de pares de números: el primer número de cada par representa el código, mientras que el segundo indica cuántos intervalos ha ocupado la categoría.

Los datos reales registrados podrían contener considerablemente más información que la que se refleja en un evento o secuencia de tiempo particular. Lo esencial está en que las secuencias de evento y de tiempo son formas de representar aspectos de los datos. Se necesitan para algunos tipos de estadísticos y para responder a ciertos tipos de cuestiones (Bakeman y Gottman, 1989).

2.4.3. Datos enmarcados en el tiempo

Se trata de un formato útil y con objetivos de carácter general. Una vez que los datos se han representado de esta forma, un investigador puede determinar muy fácilmente qué casuísticas pueden presentarse, como con qué frecuencia co-ocurren códigos específicos de comportamiento, o si determinadas categorías de comportamiento tienden a seguir a otras de forma sistemática.

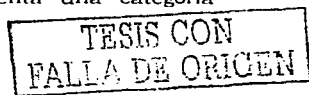
Según lo mencionado por Bakeman y Gottman, (1989), se selecciona el término "enmarcados en el tiempo" para evocar la estructura de una película. La alternativa de datos enmarcados por el tiempo constituye un modo fácil y útil para representar los datos cuando se registran patrones de cambio; de hecho, los datos registrados ya se encuentran esencialmente en el formato enmarcado en el tiempo.

Las ventajas que pueden derivarse de la utilización de este formato son dos esencialmente: flexibilidad y estandarización. La flexibilidad del formato de marco temporal puede ser muy útil, pero una ventaja incluso más importante de esta forma de representación de los datos deriva de la estandarización que impone. Dada una forma estándar de representar los datos de esta manera, pueden escribirse programas generales de ordenador que calculan no sólo frecuencias y porcentajes para los diferentes códigos, sino también una variedad de probabilidades condicionales y estadísticos secuenciales.

2.4.4. Eventos clasificados de forma cruzada

Bakeman y Gottman (1989), argumentan que la estrategia de clasificación de eventos en forma cruzada podría resultar en el análisis secuencial si las grandes categorías utilizadas para clasificar de forma cruzada el evento pueden disponerse en un claro orden temporal. Cuando los eventos están clasificados de forma cruzada, parece que hay un único modo de hacerlo: cada línea representa un evento, cada columna una categoría amplia.

Los eventos clasificados de forma cruzada muestran un parecido formal con los datos que resultan de la temporalización de patrones de cambio. En ambos casos, cada columna representa una categoría



principal, y la entrada en cada columna muestra el código observado actual para dicha categoría. La única diferencia radica en que las líneas en los datos de marco temporal representan intervalos contiguos en el tiempo, mientras que en los clasificados de forma cruzada representan eventos no contiguos.

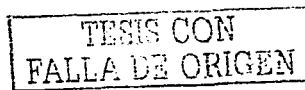
2.5. Trabajos que utilizan categorías conductuales

En un estudio realizado por Lec y Holloway (1990), investigaron como influía el género con respecto al carácter de poder y compromiso en interacciones de díadas, partiendo de la hipótesis de que el hombre tiene más poder en las relaciones y que las mujeres facilitan la conversación con concesiones frecuentes.

Se utilizó un sistema de categorías en el cual los mensajes de alto poder incluyeron el control, el inicio y las acciones; y los mensajes de bajo poder incluyeron la abstinencia, búsqueda sometimiento y obligar.

Se realizó un análisis secuencial donde se observó que los aprendices mujeres tuvieron menos mensajes de alto poder que los hombres y las aprendices no respondían a mensajes de bajo poder con mensajes de alto poder, mientras que los hombres sí, lo cual indica que los hombres tienen mayor probabilidad de tener el poder en una interacción a diferencia de las mujeres.

Por otra parte, Wampold (1984) utilizó el método antes descrito de Bakeman y Gottman (1989) en un estudio para observar la dominación en parejas. Esto se realizó en un contexto de interacción marital para poder identificar la dominación en los miembros. Para realizar este estudio utilizó el análisis secuencial, donde observaba que conductas aumentaban o disminuían la probabilidad de otra conducta diferente.



Observó que, por ejemplo, en el caso de matrimonios positivos, se ilustran una dominación paralela entre sus miembros o, en otros casos donde ocurrían conductas negativas de la mujer, con el respecto y la armonía de los esposos hacia el matrimonio aumentaban las conductas positivas de ésta; sin embargo, se da la dominación en las mujeres cuando los esposos tienen conductas positivas. Por lo tanto, es más predecible la dominación de las esposas cuando los esposos tienen conductas positivas que cuando ella tiene conductas negativas.

Por lo tanto, concluyeron que el analizar interacciones por medio de registros y con un análisis secuencial, no se limita a interacciones maritales, sino que se puede aplicar a cualquier interacción en diadas. Incluso la conducta de un solo individuo podría ser analizada por una secuencia de conductas.

2.6. Resumen

Durante este capítulo se revisó el método expuesto por Bakeman y Gottman (1989) para analizar un proceso de interacción por medio de la observación sistemática, la cual involucra un proceso de trabajo arduo, que va desde la creación de un sistema de categorías, basado en las características más sobresalientes de la interacción; hacer registros en base a las categorías elaboradas y realizar la evaluación de la concordancia entre los observadores para asegurarse de tener datos confiables para realizar un análisis. Todo esto se realiza en función del objetivo de estudio para conocer que tipo de características se van a tomar en cuenta, para definir las categorías, hasta conocer el tipo de registro que se necesita y por último hacer el análisis adecuado para cumplir con el objetivo de la investigación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Capítulo 3
CATEGORÍAS CONDUCTUALES UTILIZADAS
EN PSICOTERAPIA

Como mencionamos anteriormente, sabemos que la psicoterapia consiste en una relación entre por lo menos dos personas, de las cuales el cliente busca una ayuda profesional para solucionar un problema de tipo emocional, conductual o interpersonal y el terapeuta cuenta con el conocimiento y experiencia para este tipo de problemas. En esta relación se utilizan métodos de naturaleza psicológica con el objetivo de provocar cambios en la conducta del cliente, para hacerla más adaptativa en el medio en el que se desenvuelve.

Dentro de esta interacción, tanto el terapeuta como el cliente pueden desarrollar una alianza de trabajo, dado que se manejan problemas personales y esto provoca la exteriorización de sentimientos y emociones por parte del cliente, que empieza a provocar lazos empáticos con el terapeuta, y depende de las habilidades de éste para manejar la situación de manera que, con los elementos dados, pueda realizar una intervención adecuada y lograr la solución del problema.

Durante una intervención, se dan una serie de conductas sistemáticas por parte de ambos participantes en base al tipo de intervención que se está realizando. Basados en lo mencionado anteriormente, se puede realizar un análisis por medio de la observación de las conductas que se efectúan durante la relación terapéutica.

Como se ha hecho en algunos estudios (Wampold, 1984; Tracey, 1985; Kokovic y Tracey, 1990; Gardner y Wampold, 1991) se han

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

empleado el uso de categorías conductuales como base para realizar un análisis detallado de lo que sucede en una interacción, tomando en cuenta que las categorías deben ajustarse a los objetivos planteados por la investigación, ya que si no se tiene claro el objeto de estudio se pueden registrar conductas innecesarias que pueden desviar o dificultar la investigación. Por lo tanto, en este capítulo se realizará una revisión de algunas investigaciones que retomaron este método para alcanzar su objetivo de estudio.

3.1. Análisis secuencial aplicado al proceso terapéutico y resultado: un caso nuevamente visitado

Wampold y Kim (1989) analizaron el proceso terapéutico por medio del análisis secuencial, observando patrones interactivos en la relación terapeuta-paciente. Utilizaron el análisis secuencial para detectar la importancia de la coordinación de la conducta, ya que consideraron que, aunque la frecuencia de la conducta da información importante al examinar las secuencias de conducta, no es suficiente para predecir la coordinación de la conducta producida por ambos participantes.

El objetivo principal de este estudio fue el exponer los métodos de análisis secuencial desarrollados por Wampold (1984; citado en Wampold y Kim, 1989), para demostrar la utilidad de éstos métodos y poder entender el proceso terapéutico y su resultado.

Los sujetos que participaron en este estudio fueron: un psicólogo experimentado, que condujo una terapia de tiempo limitado con una estudiante universitaria. Los problemas presentados eran relaciones difíciles, ansiedad y somatización. El estilo de comunicación de la cliente

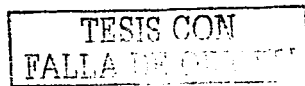
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

fue caracterizado por narración, dominancia y melodrama, la orientación terapéutica se enfocó en la relación y experiencia dentro de las sesiones; y el estilo del terapeuta fue interpretativo y de confrontación dentro de un contexto de seguridad. Los investigadores Solicitaron las transcripciones codificadas de las 12 sesiones terapéuticas y las medidas del resultado específicas (satisfacción con la sesión y evaluación de la misma) para el investigador principal de este estudio de caso.

Para realizar su investigación, Wampold y Kim (1989) realizaron un sistema de categorías, donde se clasificaron las conductas de ambos participantes por separado. Éstas fueron, para el terapeuta: ánimo mínimo, silencio, aprobación, confianza, información, guía directa, preguntas cerradas, preguntas abiertas, reiteraciones, reflexión, interpretación, confrontación, referentes no verbales, autodescubrimiento, y otros; y para el paciente: respuestas simples, solicitar, descripción, experiencia, idea, discusión de planes, discusión de la relación, silencio, y otros. En base a estas categorías se realizó el análisis secuencial, donde se utilizó una matriz para observar los tiempos de una conducta particular seguida por otra.

Los investigadores concluyeron que el análisis secuencial puede ser usado para detectar relaciones momento a momento entre las conductas de un sistema de interacción y frecuentemente revelan patrones que no son detectados a un mayor macro nivel de análisis. Por lo tanto, el análisis secuencial puede ser usado para examinar interacciones terapeuta-paciente sobre tiempo, influencias recíprocas, dominación y las relaciones de patrones secuenciales a medidas más globales.

De este modo, el análisis secuencial de las relaciones están basados en la teoría conductual, ya que algunas conductas registradas incrementaban la probabilidad de mantener conductas y otras actuaban



en forma aversiva, por ejemplo el animo mínimo del terapeuta (continué, aja, si, etcétera) reforzó la descripción del cliente; en caso contrario, la confrontación decrementó dicha conducta.

Finalmente, el análisis secuencial le puede proporcionar información al terapeuta sobre su intervención y le sugiere cambios en las respuestas que pueden mejorar la naturaleza de su intervención.

3.2. Análisis de secuencia y patrones en el proceso de investigación

Lichtenberg y Heck (1986) argumentan que generalmente es acordado, desde una perspectiva de interacción contemporánea en terapia, que muchos de los problemas que preséntale cliente pueden ser contruidos como patrones habituales o secuencias de conducta interpersonal que están perpetuados por el camino en que el cliente se comporta y las respuestas a éstas conductas por otras. Además, se asume que a) dentro de la terapia, estos mismos patrones y secuencias generales de interacción problemática surgirán en las interacciones del cliente con el terapeuta; y b) el rol del terapeuta es el que puede alterar estas secuencias.

Siguiendo esta perspectiva para evaluar el resultado, Lichtenberg y Heck (1986) se enfocaron en determinar cambios en los patrones interactivos entre el terapeuta y el cliente (por ejemplo, el proceso terapéutico) como surge sobre el tiempo -ambos dentro y a través de las entrevistas-. Sin embargo, los autores notaron que los métodos tradicionales de investigación del proceso terapéutico, visto como una secuencia de interacciones, ha sido dañado por su inhabilidad para capturar el orden temporal o secuencial de los eventos en el proceso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por lo tanto, el propósito del estudio de Lichtenberg y Heck (1986) fue presentar una descripción del método de análisis secuencial discreto, en la forma en que se aplicó a una entrevista terapéutica.

Los datos (que codificaron interacciones verbales del terapeuta y el cliente) fueron procedentes de una entrevista ejemplar y conocida entre Carl Rogers y "Gloria". Las respuestas del terapeuta/cliente fueron codificadas con un esquema desarrollado por Ericson y Rogers (1973; citados en Lichtenberg y Heck, 1986) para analizar patrones de relación en diadas.

Las respuestas fueron codificadas realizando las categorías conductuales según su dirección de control interpersonal: las respuestas que sugirieron movimientos hacia la dominancia (por ejemplo, preguntas que demandaron una respuesta, instrucciones, órdenes) fueron codificadas como *en ventaja*; las respuestas que sugirieron movimientos hacia el ser controlado por la búsqueda o aceptación de la dominancia del otro (por ejemplo, preguntas que buscan una respuesta de apoyo) fueron codificadas como *en desventaja*; y las respuestas que no tuvieron ningún movimiento hacia el controlar o ser controlado, o que sugirieron el movimiento hacia el control neutral (por ejemplo, declaraciones para continuar, frases de relleno, respuestas evasivas a preguntas) fueron codificadas como *sin ventaja*.

Para realizar el análisis secuencial, Lichtenberg y Heck (1986) propusieron que cada uno de los eventos posibles en la secuencia de interacción es visto como un punto de partida dentro de la secuencia. Después de calcular la probabilidad incondicional de ocurrencia de cada uno de los eventos, la probabilidad condicional de cada evento posible (incluyendo a él mismo) es calculado como una función de los retrasos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sucesivos de cada evento en cada criterio posible. Esto se realiza contando el número de veces en que cada evento sigue al criterio como el siguiente evento (retraso 1), cómo el segundo evento sigue al criterio (retraso 2), cómo el tercer evento sigue el criterio (retraso 3), y así sucesivamente hasta realizar el paso secuencial de interés. Estas probabilidades son calculadas dividiendo la frecuencia de ocurrencia de cada evento que sigue a cada criterio por el número de veces que el evento criterio sirve como un criterio para el retraso de tamaño n . Usando estas probabilidades de retraso, es posible identificar patrones/relaciones entre estos eventos en la secuencia.

Lichtenberg y Heck (1986) llegaron a la conclusión de que, aunque el conocimiento de los efectos inmediatos de las respuestas del terapeuta en el cliente (y las respuestas del cliente en el terapeuta) son importantes, parece razonable esperar que las respuestas dentro de la terapia también puedan tener efectos diferentes a los esperados. El análisis secuencial les ofreció un método para identificar las relaciones de dependencia inmediata y distante entre las respuestas del cliente y el terapeuta en el proceso terapéutico. En esta entrevista en particular encontraron que, usando las categorías: *en ventaja*, *en desventaja* y *sin ventaja*, los efectos distales las respuestas del terapeuta y el cliente fueron mínimas.

3.3. Alianza de trabajo en la fase temprana de terapia

Otro estudio que se realizó con la utilización de un sistema de categorías fue el que realizaron Kokotovic y Tracey (1990) para analizar la alianza de trabajo en una relación terapéutica, donde la alianza se considera como completa disposición del cliente ante las metas del tratamiento, las tareas que se tienen que realizar para llegar a las metas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

y el vínculo personal entre el terapeuta y el paciente; tomando en cuenta que si se da una alianza de trabajo fuerte hay más posibilidades de que la terapia sea exitosa.

La muestra para este estudio incluyó 144 diadas terapéuticas, las cuáles fueron escogidas de la siguiente manera: todos los clientes que a) completaron una entrevista de admisión; b) estuvieron previstos para sesiones de terapia adicionales; y c) fueron vistos por uno de los 15 terapeutas que fueron invitados a participar y que accedieron. De los 151 clientes que conocieron estos criterios, 144 accedieron a participar -82 (57%) mujeres y 62 (43%) hombres. La media de edad fue de 22 años (rango = 17-34). De los terapeutas, 7 fueron mujeres y 8 hombres; 13 fueron psicólogos con nivel doctoral y dos fueron internos.

Se utilizaron algunos instrumentos de medición estandarizados, tales como: el Inventario de Alianza de Trabajo (WAI); la Escala de Relación Interpersonal (IRS); la Escala de Clasificación de Problemas Severos (PSRS); la Escala de Satisfacción Terapéutica (TSS); la Escala de Satisfacción del Cliente (CSS); y la Lista de Control de Auto-reporte (SRC).

Las cuatro categorías de conducta del cliente proporcionadas por las pruebas contestadas por el terapeuta fueron: hostilidad, calidad de relaciones familiares, calidad de relaciones interpersonales y ajuste total; por otro lado, las cinco categorías proporcionadas por las pruebas respondidas por el cliente acerca de su conducta fueron: ajuste total, preocupaciones educativas, despertar emocional, ansiedad de hablar en público e intimidación.

Se analizaron las conductas durante la terapia y Kokotovic y Tracey (1990) llegaron a la conclusión de que, en base a la información

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

proporcionada por el cliente, se puede deducir qué clientes pueden ser más difíciles para comprometerse en una terapia, ya que si el cliente no ha podido establecer relaciones exitosas en su vida común, es más difícil que establezca una alianza de trabajo fuerte con el terapeuta y, por lo tanto, termine prematuramente la terapia.

3.4. Relación de poder y compromiso en la alianza de trabajo: un análisis secuencial de caso múltiple en terapia breve

Garder y Wampold (1991) realizaron un estudio para observar cómo se da la alianza de trabajo en una terapia breve, basándose en investigaciones que mencionan que el nivel de la alianza de trabajo está altamente relacionado con el resultado de la terapia. Es decir, cuando se establece una alta alianza de trabajo, el cliente no lucha por el poder dentro de la terapia y se encuentra dispuesto a aceptar lo que dice el terapeuta, llegando a una culminación muy probablemente exitosa; mientras que en los casos de baja alianza, la conducta del paciente es más confrontativa, provocando una lucha de poder entre cliente y terapeuta por el control de la sesión, y puede desencadenarse en un término prematuro de la terapia o en un fracaso de la misma.

A partir de la literatura que revisaron, Gardner y Wampold (1991) examinaron algunas preguntas de investigación: 1) ¿El compromiso del cliente con el terapeuta es mayor cuando existe una alianza alta que cuando ésta es baja?; 2) ¿El poder del terapeuta es mayor en los casos de alianza alta que cuando es baja, y es el poder del terapeuta más equitativo con el del cliente en los casos de baja alianza? Lo que los investigadores esperaron encontrar fue que hubiera similitudes de poder y compromiso entre sí en los casos de alta alianza y en los casos de baja

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

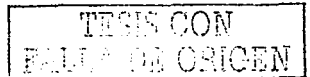
alianza; y que, comparando los casos de alianza alta con los de baja alianza, hubiera contrastes fuertes.

Los sujetos que participaron en este estudio se escogieron de un grupo de 14 díadas a las que se había invitado a participar; de éstos casos sólo se tomaron las dos díadas que indicaban la alianza más alta, y las dos díadas que indicaban la alianza más baja. Este índice fue adaptado haciendo un microanálisis de las primeras tres sesiones con todas las díadas.

Los sistemas de medición que utilizaron Gardner y Wampold (1991) para esta investigación fueron: el Inventario de Alianza de Trabajo (WAI); y el Esquema de Codificación Penman.

Las categorías utilizadas por Gardner y Wampold (1991) se situaron en una matriz de dos dimensiones, creada por el continuo de poder y compromiso. El eje vertical definió la dimensión de poder, con el poder incrementando de la base a la parte superior; y el eje horizontal definió la dimensión del compromiso con un incremento del mismo de izquierda a derecha. Cada unidad estuvo codificada en niveles manifiestos, que se refieren al contenido verbal del discurso; y latentes, que toman el contexto implícito y relacional del discurso. El nivel manifiesto consistió en nueve códigos: agresión, consejo, apoyo, desacuerdo, intercambio, acuerdo, evitación, solicitud y concesión. El nivel latente es más complejo y consistió en 16 códigos: rechazar, controlar, iniciar, compartir, contrarrestar, resistir, ofrecer, colaborar, evadir, abstener, buscar, obligar, eliminar, someter y adherirse. Todo el discurso está codificado en una categoría para cada nivel.

Para la interpretación de los datos, utilizaron un análisis secuencial que dirigieron hacia las interacciones que incrementaban o



decrementaban el poder y el compromiso. Para cada transición de conducta, el análisis secuencial generó una frecuencia de ocurrencia, la cuál se estableció a partir de una frecuencia esperada por la información obtenida de la base de datos, el examen de significancia, y un índice de la magnitud de la dependencia medida por la kappa transformada. Esta última tuvo un rango de -1.00 a $+1.00$; las kappas transformadas positivamente indican el grado de las conductas subsecuentes que siguieron a las conductas antecedentes más frecuentemente de lo esperado por azar; y las kappas transformadas negativamente indican el grado de las conductas subsecuentes que siguieron a las conductas antecedentes menos frecuentemente de lo esperado por azar.

Los resultados de este estudio indicaron que hubo un patrón general de alto poder para los terapeutas y de bajo poder para los clientes de todos los casos; lo cual indica que el terapeuta siempre toma el mando de la terapia, indicando lo que se debe hacer durante y fuera de la misma, y el cliente toma una actitud más receptiva, aceptando las indicaciones y sugerencias que le hace al terapeuta. Se indica que el rol del terapeuta es altamente de poder, sin importar la disposición del paciente, o si se ha creado una alta o baja alianza de trabajo. Estos resultados estuvieron en contraste con los sistemas teóricos, que indicaron que en los casos de baja alianza habría una lucha entre cliente y terapeuta por el poder y el control de la terapia, probado por las interrupciones del cliente, sus cambios de tema o evitaciones del mismo.

La conclusión a la que llegan Gardner y Wampold (1991), es que los circuitos y las transiciones positivas pueden ser alentadores de una respuesta identificada, mientras que los circuitos y transiciones negativas pueden ser consideradas como desalentadoras a una respuesta dada. Para resumir, en los casos de alta alianza, las respuestas de alto poder del terapeuta alentaban respuestas del cliente de alto

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

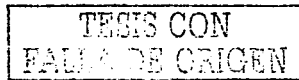
compromiso/bajo poder, y desalentó respuestas de compromiso neutral y bajo. Recíprocamente, las respuestas del cliente de alto compromiso/bajo poder alentaban respuestas del terapeuta de alto poder. En los casos de baja alianza, ésta relación fue más débil o hubo interacciones específicas de caso que interfirieron con este patrón.

3.5. Dominancia y resultado: un examen secuencial

Tracey (1985) examinó la dominación y el control durante una sesión terapéutica, ya que considera que el dominio y el control tienen consecuencias en la psicoterapia. Haley (1963; citado en Tracey, 1985) declaró que el resultado de fenómenos centrados en el éxito se debe al éxito control por parte de los participantes. Considera que, cuando el terapeuta es dominante, tiene más control sobre el cliente.

Tracey y Ray (1984; citados en Tracey, 1985) relataron la presencia de control y su consecuencia. Ellos usaron una secuencia de conductas donde involucraba la iniciación del tema, en el que se observaba quien lo controlaba, la cual fue definida en proporción a la iniciación del tema de una participante que subsecuentemente siguió la del otro. Así sustentaban que la dominación del consejero es relativa cuando consigue discutir los temas.

La postura del estudio se basó en estos datos, aunque usando una definición de dominación diferente. La respuesta de iniciación del tema implicó probar el control directo, donde las respuestas de seguimiento del tema implicaron una aceptación. Refiriéndonos al control mediante las respuestas, se da cuando las diferentes influencias de los participantes influyen en ellos.



La dominancia fue referida al igual que en el estudio de Gottman (1979; citado por Tracey, 1985) donde definió que en una díada, B es la conducta futura y que es más predecible que A que es la conducta pasada, o a la inversa, donde A es la dominante. Se usa la determinación del tema como un índice de control, por ejemplo, cuando el consejero no esta usando control es por que no inicia o surge con el tema, donde el cliente tiene el 50% de la iniciación o seguimiento; en este caso el cliente suele ser considerado como dominante

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue examinar la hipótesis de la relación entre la dominación y consecuencia, usando la definición de dominancia.

Los participantes que se utilizaron fueron 15 díadas, donde las interacciones fueron grabadas y 3 meses después realizaron un cuestionario de consejo individual, donde se basaron en las calificaciones y las tres díadas de los más altos puntos y las 3 de los más bajos fueron seleccionadas para la examinación.

Se registró el turno de hablar con la iniciación y el seguimiento del tema basados en los diferentes contenidos, personas, tiempos y niveles de especificación. Se registraron negociación, rapport, conflicto y resolución para observar el control. Se obtuvo un Kappa de 0.75.; y se utilizó una matriz de Gottman (1979; citado en Tracey, 1985) para analizar los datos.

Como resultado, se obtuvo que el control varía en el curso del tratamiento, y se observó la dominación en los estados de conflicto por el terapeuta y no fueron dependientes, a diferencia del estado de rapport.

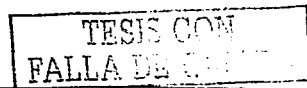
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De esta forma, se concluyó que el éxito del terapeuta en las diadas era cuando fue dominante y respondía significativamente dependiendo de las respuestas del cliente. Y hubo menos éxito en las diadas donde era igual la dependencia entre el terapeuta y el cliente. En el estado de rapport, no tienen diferencias de dependencia entre los dos, ya que tienen igual influencia y en los estados de conflicto el terapeuta fue dominante, ya que actuó más independiente que el cliente.

3.6. Resumen

En base a los estudios mencionados, podemos concluir que el análisis por medio de la observación sistemática puede aplicarse a cualquier tipo de interacción, con el objetivo de hacer una simple descripción de la interacción o para realizar un análisis más elaborado, donde puedan verse las consecuencias de una conducta en particular reflejada en la conducta del otro. Esto se hace mediante el análisis secuencial, el cual examina si la probabilidad de que una conducta particular seguirá a otra es mayor (o menor) que la probabilidad de que la conducta ocurriría por azar. En otras palabras, la ocurrencia de una conducta particular puede ser mostrada para deducir con cierto nivel de seguridad acerca de qué conducta seguirá en una secuencia.

Por lo tanto, para analizar una sesión terapéutica es necesario tener claro el objetivo de estudio para realizar un esquema de codificación. Para realizar los registros, consideramos importante grabar las sesiones con el fin de evitar la reactividad en el paciente, dado que este proceso se da mediante una relación de confianza, además de que se tiene la ventaja de repetir la interacción en caso de que exista alguna confusión con alguna categoría. Teniendo esto como base se pueden realizar análisis posteriores, ya sea de tipo secuencial o descriptivo, según la clase de investigación que se esté realizando.



Capítulo 4
INVESTIGACIÓN: ELABORACIÓN DE UNA
TAXONOMÍA CONDUCTUAL PARA ANALIZAR UNA
RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA

MÉTODO

Objetivo

Elaborar y convalidar una taxonomía conductual apropiada para realizar un análisis de una relación psicoterapéutica.

Sujetos

Participó un terapeuta con una aproximación teórica cognitivo-conductual y dos de sus pacientes que asistían a la terapia con él. Uno de ellos ya tenía tiempo asistiendo a la terapia, la otra asistía por primera vez.

Instrumentos

Se utilizaron hojas de registro, lápices y plumas.

Aparatos

Se utilizó una cámara video grabadora *SONY Handycam vision*, cassettes vírgenes, un trípode, video casetera *SONY VHS*, televisión *SONY* de 29 pulgadas, computadora *Pentium IV* con un programa instalado para la realización de base de datos (*SPSS* versión 10) y un reloj.

Escenario

Las grabaciones de las sesiones se realizaron en el cubículo 12 de la CUSI, el cual cuenta con un espacio amplio, ventilación e iluminación

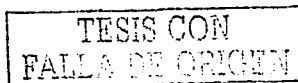
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

suficiente y además hay poca actividad, lo que facilita no distraer a los pacientes; además hay un escritorio y 4 sillas.

El registro de las sesiones se realizó en la casa de una de las observadoras, la cual contaba con los aparatos necesarios para realizar la observación de la grabación.

PROCEDIMIENTO

- 1) Se pidió autorización a los pacientes, que el terapeuta nombró como más adecuados para la investigación, para ser video grabados durante dos sesiones terapéuticas con cada uno.
- 2) Se realizaron las grabaciones de las sesiones, instalando la cámara antes de la llegada de los pacientes, y de esta manera, cuando ingresaron a la sala se encendió la cámara y salíamos del lugar para evitar la reactividad en el paciente.
- 3) Se realizaron seis grabaciones, donde una sirvió de prueba para confiabilizar las categorías, la segunda (realizada con otro paciente y con otro terapeuta) para comprobar la correcta adaptación de las categorías a este tipo de interacción, y por último las cuatro sesiones restantes sirvieron para hacer los registros y poder analizar la interacción en base a los datos teóricos antes mencionados sobre la teoría cognitivo conductual.
- 4) En base a las conductas más frecuentes que se observaron durante la primera grabación de prueba, se realizó un sistema de categorías para el terapeuta y uno para el paciente, las cuales nos servirían posteriormente para hacer los registros de la sesión terapéutica.
- 5) Se realizaron modificaciones durante el entrenamiento de las observaciones para lograr que se adaptaran las categorías a las características de este tipo de interacción.



- 6) Para comprobar que las categorías eran adecuadas para analizar una terapia cognitivo conductual, se registro la sesión con el otro terapeuta, en la cual sirvió para comprobar la efectividad de las categorías para analizar una sesión terapéutica.

Las categorías que se utilizaron fueron:

Categorías de Conducta del Paciente.

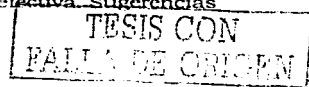
1. **Intercambio de información.** Cuando se proporciona información sobre algún evento o situación, contestar preguntas. Informar sobre cualquier situación o tema que cuestiona el terapeuta.
2. **Evitación.** El sujeto ignora el tema que está planteando el otro, cambia el tema. El terapeuta se encuentra tocando determinado tópico y el cliente hace una pregunta fuera del tema, voltea o no contesta lo que se le pregunta, sino que desvía el curso de la conversación.
3. **Concesión.** El sujeto acepta en forma verbal y no verbal (con asentimiento de cabeza, por ejemplo) lo que el otro dice. Acepta en forma explícita las sugerencias del terapeuta.
4. **Preguntar.** Cuando el sujeto hace un cuestionamiento, preguntas al terapeuta.
5. **Interrupción.** Cuando el sujeto interrumpe el discurso del cliente. Mientras el terapeuta se encuentra en un discurso, el cliente lo interrumpe con una pregunta o aclaración sobre el tema.
6. **Negación.** Cuando el sujeto no acepta la formulación lógica del terapeuta. Se niega a aceptar los razonamientos o explicaciones del terapeuta.
7. **Escuchar.** Guardar silencio mientras el terapeuta habla. Dirigir los sentidos hacia el hablante. Encontrarse en actitud expectante de atención y escucha.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8. **Otros.** Cualquier otra conducta que no se encuentre o se pueda codificar dentro de las anteriores.

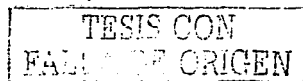
Categorías de Conducta del Terapeuta.

1. **Apoyo.** Cuando el terapeuta da una respuesta de reforzamiento, acuerdo, humor, empatía y apoyo hacia el cliente. Cuando dice palabras como ajá, bien, bueno, sí. Cuando repite en palabras propias lo dicho por el paciente, hace un resumen de lo que está diciendo. Cuando remarca los progresos del cliente, puntualiza los atributos positivos, comentarios positivos de los gustos del cliente. Cuando asiente con la cabeza ante lo dicho por el cliente. Comentarios que indican que el terapeuta está de acuerdo con el cliente. Comentarios que intentan ser graciosos o producen un lado cómico de la situación o la conversación. Comentarios que indican apoyo o entendimiento de los sentimientos, emociones, situaciones o perspectivas del cliente. Remarcar lo que el usuario espera y qué cambios puede lograr. Comentarios que están en desacuerdo con el usuario en forma de apoyo (no dudo que lo intente, pero yo creo que finalmente será más difícil para usted aprender a controlar su consumo de esta manera).
2. **Enseñar.** Una instrucción para decirle al cliente qué hacer o cómo hacer algo. Revisar las tareas, especialmente cuestiones acerca de cómo se trabajó. Dar información sobre un tema en especial. Direcciones que se le dan al cliente de lo que ocurre dentro y fuera de la misma sesión. Comentarios en donde se dice al cliente qué hacer, pero son más velados que las instrucciones directas. Dar explicaciones de cómo se trabaja una técnica o procedimiento. Apoyar las direcciones con datos o información suplementaria. Explicaciones de porque una cierta técnica es efectiva. *Sugerencias*



en forma de preguntas que hace referencia sobre qué hacer acerca de un problema. Preguntar al cliente una solución sobre un problema. Revisión de las tareas. Oraciones o preguntas hechas por el terapeuta, que son positivas.

3. **Preguntas o búsqueda de información.** Preguntas que requieren una respuesta. Palabras en forma interrogativa, direcciones que requieren que el cliente dé más información, clarifiquen o expandan un tópico. Comentarios que llevan al usuario a dar información, incluyen oraciones especulativas por el terapeuta cuando está tratando de clarificar una respuesta del cliente.
4. **Estructura.** Cuando el terapeuta establece los objetivos de la sesión. Dirige o cambia el curso de la sesión o lleva al usuario a un tópico de discusión específico dentro de la sesión. Aplica para los resúmenes de las sesiones o el tratamiento en general. Dirigir la conversación o las reglas de cómo la sesión procederá. Direcciones que cambian la dirección de la conversación o la terapia. Presentar concisamente lo que se dio en algún punto inicial de la terapia.
5. **Confrontar desacuerdo/desafiar.** Conductas que tienen a empujar al cliente, tales como desacuerdo, desaprobación, negativismo, sarcasmo, comentarios hostiles y desafío. Estos comentarios no deben ser vistos con una connotación hostil. Pueden ser oraciones neutrales que indican desacuerdo. Son comentarios que realiza el terapeuta que no refieren acuerdo con lo que ha dicho o hecho el usuario, respecto a algún punto de vista. Cuando está hablando el cliente, el terapeuta dice NO, en forma enfática. Incluye todas las oraciones que dan una racionalización del por qué el terapeuta no concuerda o de por qué no funcionará. Los desacuerdos que son neutrales o se basan en hechos (por ejemplo, "no considero que sea recomendable la meta que ha elegido referente a la moderación, considerando su problema de hígado"). Actuar incrédulamente alrededor de lo que el cliente ha



dicho o ha hecho. Reírse de algunas cosas, de lo que el cliente dice o hace. Resaltar de manera directa una característica negativa o defecto del usuario o de su conducta o comentar algunas cosas en las que el cliente se haya equivocado. Se incluyen los regaños. Incitar al cliente a tomar una acción. Dentro del contexto, tono o estilo, el enojo del terapeuta puede ser indicado. Forzar al usuario a elegir el curso de acción que debe tomar.

6. **Hablar.** Empieza a decir algo, pero no completa una conducta codificable. Verbalizaciones ininteligibles. Hablar de terapeutas, si no se acerca del cliente o la terapia.
7. **Escuchar.** Guardar silencio mientras el cliente habla. Dirigir los sentidos hacia el hablante.
8. **Reformulación.** El terapeuta replantea la problemática en una forma lógica diferente, se plantean posibles hipótesis para interpretar algo. Se plantea lo dicho por el cliente de una manera diferente. Por ejemplo "no necesariamente se tienen que ver las cosas así" "lo que dice es una posibilidad, pero hay otras, por ejemplo pude ser un acto de amor, no de odio".
9. **Otros.** Cualquier otra conducta que no se encuentre o se pueda codificar dentro de las anteriores.

Las definiciones de las categorías fueron exhaustivas y mutuamente excluyentes, además de utilizar términos conductuales que pueden ser observables, ya que no necesitan el juicio personal del observador.

- 7) Se realizó un registro de conductas de los participantes contemplados para la investigación, registrando 4 segundos de cada 10 durante toda la sesión. Se tomaba un descanso por un periodo de 10 minutos a la mitad de cada registro, con el fin de poner la mayor atención posible.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 8) Al terminar el registro, se calculaba el porcentaje de acuerdos para ambos participantes. Al obtener el 90% o más de acuerdo entre observadores, se considera un registro adecuado para el análisis posterior. Si no se alcanzaba este porcentaje se repetía el registro, dado que se debe tener una alta confiabilidad para que los resultados sean efectivos.
- 9) Los datos obtenidos fueron pasados a un programa de computadora (SPSS versión 10) para calcular el índice kappa, la tabla de confiabilidad entre observadoras, frecuencias y correlaciones entre conductas. Estos datos nos sirvieron para el análisis posterior.
- 10) En base a los resultados que se obtuvieron, se realizó un análisis cualitativo de la interacción.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Análisis descriptivo

A continuación, se presenta la tabla de la primera sesión de la paciente llamada Lorena. Esta sesión fue la primera entrevista que tuvo la paciente con el terapeuta; es decir, se encuentra en la fase inicial de la terapia. En este caso, el índice Kappa calculado fue de 0.97, lo cual indica que hubo una confiabilidad muy alta.

Concordancia entre observadoras para las conductas del terapeuta

Obs. 1 \ Obs. 2	Apoyo	Enseñar	Preguntar	Estructurar	Confrontar/ Desafiar	Escuchar	Reformular	Otros	Total
Apoyo	87					1			88
Enseñar		68							68
Preguntar			13						13
Estructurar				1					1
Confrontar/ Desafiar					12				12
Escuchar	5					134			139
Reformular		2					30		32
Otros								2	2
Total	92	70	13	1	12	135	30	2	355

Tabla 1. Muestra la tabla de confusión en que se relacionan los datos de los dos observadores para el registro del terapeuta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La siguiente tabla muestra la relación entre observadores para el caso del registro de las conductas de la paciente Lorena en la primera sesión. En este caso, el índice Kappa fue, igualmente de 0.97, lo que indica una alta confiabilidad, como puede observarse.

Concordancia entre observadoras para las conductas de la paciente

Obs. 1 \ Obs. 2	Intercambio	Concesión	Preguntar	Interrupción	Negación	Escuchar	Otros	Total
Intercambio	236							236
Concesión	1	23						24
Preguntar			1					1
Interrupción				1				1
Negación					4			4
Escuchar		4				79		83
Otros							6	6
Total	237	27	1	1	4	79	6	355

Tabla 2. Muestra la tabla de confusión en que se relacionan los datos de los dos observadores para el registro de la paciente.

A continuación, se muestra la tabla 3, que señala la relación que existe entre las conductas del terapeuta con las del paciente. Podemos observar en términos generales que, mientras que el terapeuta escucha, el paciente intercambia información; mientras que el terapeuta apoya, el paciente intercambia información, concede y escucha; cuando el terapeuta enseña, el paciente escucha e intercambia información.

Relación de conductas entre el terapeuta y la paciente

Paciente \ Terapeuta	Intercambio	Concesión	Preguntar	Interrupción	Negación	Escuchar	Otros	Total
Apoyo	79	3		1	1	2	2	88
Enseñar	15	5			1	45	2	68
Preguntar	11					2		13
Estructurar						1		1
Confrontar/ Desafiar	2	1	1		1	7		12
Escuchar	122	6			1	9	1	139
Reformular	7	9				15	1	32
Otros						2		2
Total	236	24	1	1	4	83	6	355

Tabla 3. Muestra la relación entre conductas de paciente y terapeuta para la primera sesión de Lorena.

La siguiente tabla muestra la concordancia entre las observadoras en el caso del terapeuta durante la segunda sesión de la paciente Lorena, que fue su segunda sesión dentro de la terapia en general; obteniendo un índice kappa de 0.98, lo cual nos indica que hubo una confiabilidad muy alta.

Concordancia entre observadoras para las conductas del terapeuta

Obs. 2 \ Obs. 1	Apoyo	Enseñar	Preguntar	Estructurar	Confrontar/ desafiar	Escuchar	Reformular	Otros	Total
Apoyo	33								33
Enseñar		101	1						102
Preguntar			30						30
Estructurar				2					2
Confrontar/ desafiar					3				3
Escuchar	2					57			59
Reformular	1						59		60
Otros								3	3
Total	36	101	31	2	3	57	59	3	292

Tabla 4. Matriz de confusión en la cual se muestra la concordancia entre los datos de las dos observadoras para el registro del terapeuta.

La siguiente tabla muestra la concordancia entre las observadoras en el caso del paciente, obteniendo un alto grado de confiabilidad con un Kappa de 0.96.

Concordancia entre observadoras para las conductas de la paciente

Obs. 2 \ Obs. 1	Intercambio	Evitación	Concesión	Preguntar	Escuchar	Otros	Total
Intercambio	117						117
Evitación		3					3
Concesión			83		2		85
Preguntar				1			1
Escuchar	1		3		80		84
Otros						2	2
Total	118	3	86	1	82	2	292

Tabla 5. Matriz de confusión en la cual se relacionan los datos de las observadoras para el registro de la paciente.

A continuación se muestra la tabla 6, que indica la relación que existe entre las conductas del terapeuta con las del paciente. Podemos observar en términos generales que, mientras que el terapeuta escucha, el paciente intercambia información; mientras que cuando el terapeuta enseña, la paciente concede y escucha, de forma similar a cuando el terapeuta reformula, ella realiza las mismas conductas antes mencionadas.

Relación de conductas entre el terapeuta y la paciente

Paciente	Intercambio	Evitación	Concesión	Preguntar	Escuchar	Otros	Total
Apoyo	31				1	1	33
Enseñar	11		51	1	39		102
Preguntar	16		7		7		30
Estructurar			1		1		2
Confrontar/Desafiar		1	1		1		3
Escuchar	49	1	1		7	1	59
Reformular	9	1	23		27		60
Otros	1		1		1		3
Total	117	3	85	1	84	2	292

Tabla 6. Muestra la relación entre conductas de paciente y terapeuta para la segunda sesión de terapia de Lorena.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A continuación, se muestra la gráfica de la frecuencia de las conductas del terapeuta durante las sesiones de registro de Lorena (figura 1). Se puede observar que las conductas con mayor frecuencia durante la primera sesión son escuchar, seguida por la de apoyo, enseñar y reformular. Por otro lado, durante la segunda sesión las conductas con mayor frecuencia son enseñar, seguida de reformular y escuchar. Como se puede observar, durante la primera sesión se presenta más la categoría de escuchar y en la segunda se cambia por la de enseñar, dejando la conducta de escuchar en un segundo término. Además, durante la segunda sesión de terapia aparece con más frecuencia la categoría de reformular, que no era muy común durante la primera sesión.

Categorías de conducta en el terapeuta para el caso de Lorena

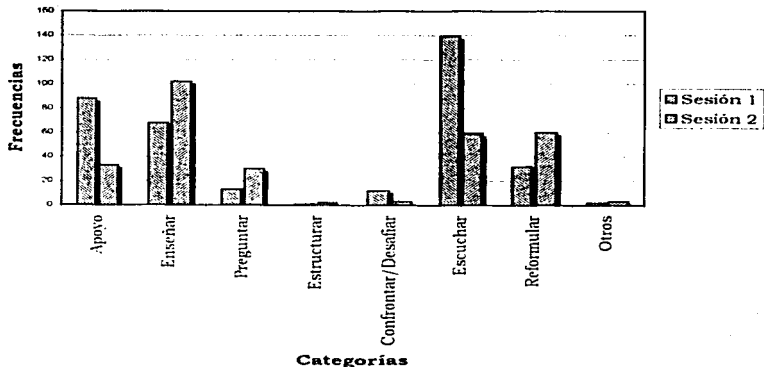


Figura 1. Muestra la frecuencia de conductas del terapeuta durante las dos sesiones de terapia de la paciente Lorena.

La siguiente gráfica (figura 2) muestra la frecuencia de las conductas del paciente Lorena durante las sesiones de registro. Se puede observar que durante la primera sesión las conductas con mayor frecuencia son las de intercambio, seguida por la escuchar y conceder. Durante la segunda sesión las conductas que emitió con mayor frecuencia son las de intercambio de información, seguida por concesión y escuchar. Se puede observar que, aunque bajaron las frecuencias durante la segunda sesión (debido a que ésta sesión duró menos tiempo), se siguieron manteniendo las mismas conductas.

Categorías de conducta del paciente en el caso de Lorena

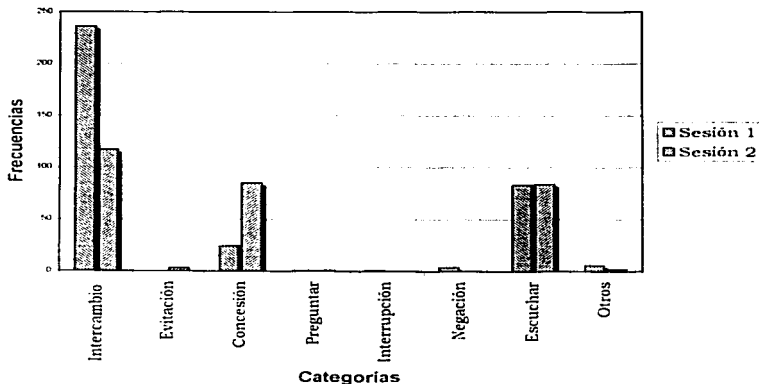


Figura 2. Muestra la frecuencia de conductas de la paciente Lorena durante las dos sesiones de terapia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La siguiente tabla muestra la concordancia entre las observadoras en el caso del terapeuta durante la primera sesión del paciente José Luis. Al registro de esta sesión, el paciente ya se encuentra en la fase de tratamiento en la terapia. Se obtuvo un índice kappa de 0.97, los cual nos indica que hubo una confiabilidad muy alta.

Concordancia entre observadoras para las conductas del terapeuta

Obs. 1 \ Obs. 2	Apoyo	Enseñar	Preguntar	Estructurar	Confrontar / Desafiar	Hablar	Eseuchar	Reformular	Otros	Total
Apoyo	34									34
Enseñar		31			1					32
Preguntar			12							12
Estructurar				2						2
Confrontar / Desafiar					8					8
Hablar						3				3
Eseuchar	2					1	78			81
Reformular								19		19
Otros									7	7
Total	36	31	12	2	9	4	78	19	7	198

Tabla 7. Matriz de confusión en la cual se relaciona la concordancia entre los datos de las dos observadoras para el registro del terapeuta.

La siguiente tabla muestra la concordancia entre las observadoras en el caso del paciente obteniendo un alto grado de confiabilidad con un Kappa de 0.96.

Concordancia entre observadoras para las conductas del paciente

Obs. 1 \ Obs. 2	Intercambio	Evitación	Concesión	Interrupción	Eseuchar	Otros	Total
Intercambio	118						118
Evitación		2					2
Concesión	1		20		1		23
Interrupción				1			1
Eseuchar	1		2		44		47
Otros	1		1			5	7
Total	121	2	23	2	45	5	198

Tabla 8. Matriz de confusión en la cual se relaciona la concordancia entre los datos de las observadoras para el registro del paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La tabla que se muestra a continuación, señala la relación entre las conductas del terapeuta y del cliente durante la primera sesión observada con el paciente José Luis. Podemos observar que cuando el paciente intercambia información con el terapeuta, este escucha y apoya de manera significativa y mientras el escucha el terapeuta enseña.

Relación de conductas entre el terapeuta y el paciente

Paciente \ Terapeuta	Intercambio	Evitación	Concesión	Interrupción	Escuchar	Otros	Total
Apoyo	30		1		3		34
Enseñar		1	9		22		32
Preguntar	8		1		3		12
Estructurar			1		1		2
Confrontar/Desafiar		1	1		5	1	8
Hablar	1				1	1	3
Escuchar	76				1	4	81
Reformular	2		8		9		19
Otros	1		2	1	2	1	7
Total	118	2	23	1	47	7	198

Tabla 9. Muestra la relación entre conductas del paciente y el terapeuta para la primera sesión del paciente José Luis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A continuación, se muestra la tabla de la concordancia entre las observadoras en el caso del terapeuta durante la segunda sesión registrada del paciente José Luis, que fue durante su tratamiento. En esta sesión se obtuvo un índice kappa de 0.98, lo cual nos indica que hubo una confiabilidad muy alta.

Concordancia entre observadoras para las conductas del terapeuta									
Obs. 2 \ Obs. 1	Apoyo	Enseñar	Preguntar	Estructurar	Confrontar /Desafiar	Escuchar	Reformular	Otros	Total
Apoyo	87					1			88
Enseñar		68							68
Preguntar			13						13
Estructurar				1					1
Confrontar/Desafiar					12				12
Escuchar	5					134			139
Reformular		2					30		32
Otros								2	2
Total	92	70	13	1	12	135	30	2	355

Tabla 10. Matriz de confusión en la cual se relaciona la concordancia entre los datos de las dos observadoras para el registro del terapeuta.

La siguiente tabla muestra la concordancia entre las observadoras en el caso del paciente obteniendo un alto grado de confiabilidad con un Kappa de 0.96.

Concordancia entre observadoras para las conductas del paciente								
Obs. 2 \ Obs. 1	Intercambio	Concesión	Preguntar	Interrupción	Negación	Escuchar	Otros	Total
Intercambio	236							236
Concesión	1	23						24
Preguntar			1					1
Interrupción				1				1
Negación					4			4
Escuchar		4				79		83
Otros							6	6
Total	237	27	1	1	4	79	6	355

Tabla 11. Matriz de confusión en la cual se relaciona la concordancia entre los datos de las dos observadoras durante la observación de la segunda sesión del paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la siguiente tabla se puede observar que, de forma similar a la sesión pasada, cuando el paciente intercambia información con el terapeuta, éste escucha y apoya de manera significativa; y mientras él escucha, el terapeuta enseña.

Relación de conductas entre el terapeuta y el paciente

Paciente	Intercambio	Concesión	Preguntar	Interrupción	Negación	Escuchar	Otros	Total
Terapeuta								
Apoyo	79	3		1	1	2	2	88
Enseñar	15	5			1	45	2	68
Preguntar	11					2		13
Estructurar						1		1
Confrontar/ Desafiar	2	1	1		1	7		12
Escuchar	122	6			1	9	1	139
Reformular	7	9				15	1	32
Otros						2		2
Total	236	24	1	1	4	83	6	355

Tabla 12. Muestra la relación entre conductas de paciente y terapeuta para la segunda sesión del paciente José Luis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La siguiente gráfica (figura 3) muestra las frecuencias de las conductas emitidas por el terapeuta durante las dos sesiones de terapia con el paciente José Luis. Durante la primera sesión, las conductas con mayor frecuencia son las de escuchar, seguida de apoyo y enseñar, respectivamente; mientras que durante la segunda sesión se dan principalmente estas conductas en el mismo orden, pero en proporción más baja, debido a que la sesión de terapia fue más corta.

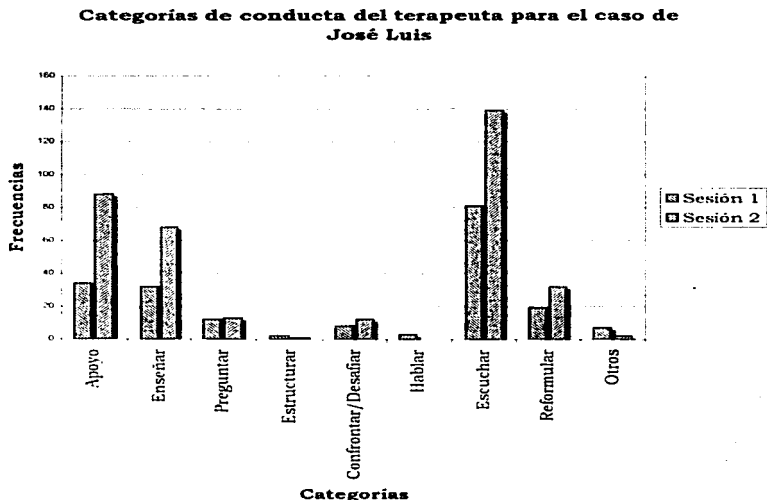


Figura 3. Muestra la frecuencia de conductas del terapeuta para la primera sesión del paciente José Luis.

La siguiente gráfica (figura 4) muestra las conductas emitidas por el paciente José Luis durante las dos sesiones de registro de la terapia, donde durante la primera sesión la conducta que mayor tiempo predominó fue la de intercambio de información, seguida por escuchar y concesión. Asimismo, durante la segunda sesión se dio más significativamente la conducta de intercambio de información, y en menor grado la de escuchar y concesión. Se puede observar que en la segunda sesión incrementa notablemente la conducta de intercambio de información, mientras que en la primera sesión se mantienen las conductas significativas bajo un nivel parecido; y la conducta de escuchar se da en un mismo nivel durante las dos sesiones de registro.

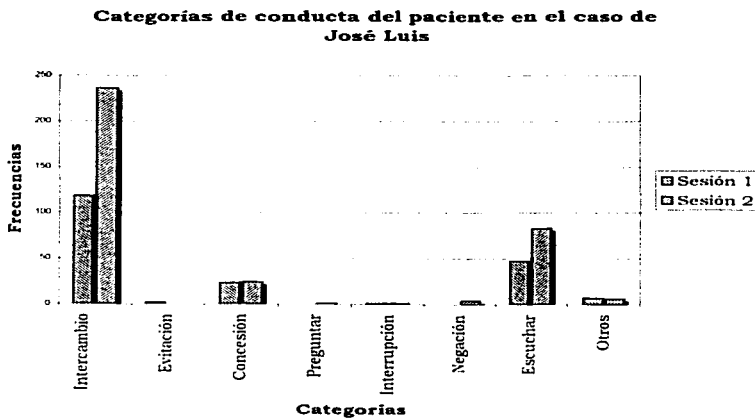


Figura 4. Muestra las conductas del paciente José Luis durante las sesiones de registro de la terapia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Análisis general

Lorena 1ª sesión

Podemos observar, en la tabla de confusión y en el índice Kappa obtenido que la confiabilidad fue alta (sin bajar del 0.92 para todos los casos), lo cual nos indica que la definición de las categorías es adecuada para los registros de este tipo en relación con el objetivo del presente trabajo.

Adicionalmente, observando la tabla de relación entre el terapeuta y el paciente en la primera sesión, se pueden apreciar varios aspectos interesantes. En primer lugar, que la conducta que emite con más frecuencia el terapeuta, fue escuchar. Esto nos da una idea de lo que un terapeuta tiene que hacer en una sesión de intervención terapéutica, dejar que el paciente hable, explique la problemática que trae consigo y que el terapeuta no lo interrumpa, sino que se conserve escuchando.

Analizando los aspectos no verbales de la sesión, pudimos darnos cuenta que el terapeuta no solo permanece callado, sino que mantiene una actitud de expectativa, con los ojos dirigidos hacia el paciente, el cuerpo en completa orientación hacia el mismo, afirmando con la cabeza y alentando al paciente a que continuara hablando.

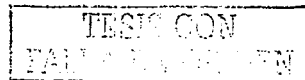
Otra conducta importante que el terapeuta emite es la de apoyo, la cual involucra un conjunto de comportamientos en los cuales afirma, parafrasea, asiente y hace bromas de apoyo en relación con lo que dice el cliente. Esto nos da una idea de una parte muy importante de la labor del terapeuta. Además de escuchar, reforzar los puntos importantes que el terapeuta considera como fuertes o positivos en el cliente. Este aspecto es importante dentro del entrenamiento de un terapeuta con una

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

orientación cognitivo-conductual; el terapeuta escucha y resalta las habilidades que el cliente ya tiene y que deben de ser recordadas y alentadas. Otro aspecto dentro de esta conducta, es que el terapeuta orienta, dirige, empuja al paciente a desarrollar algún tipo de habilidades que considera adecuadas para que las desarrolle el cliente.

La orientación cognitivo-conductual conceptualiza un problema clínico desde la perspectiva de la teoría del aprendizaje. Es decir, que el cliente aprende un conjunto de comportamientos que le son funcionales para adaptarse al ambiente. Pero de la misma manera en que aprende estos comportamientos funcionales, por razones de reforzamiento natural accidental, también puede aprender un conjunto de comportamientos no funcionales o desadaptados con respecto al momento familiar o social que vive, provocándole una cantidad de problemas por los cuales puede acudir a un psicólogo clínico. Por lo tanto, una de las labores más importantes que debe llevar a cabo un psicoterapeuta con esta orientación, es enseñarle al cliente otro tipo de conductas que se adapten mejor al ambiente. En este sentido, aunque en menor frecuencia, pero con una significativa, observamos durante la sesión terapéutica, que el terapeuta, ejecuta la conducta de enseñar.

Con la finalidad de obtener información por parte del paciente, una conducta importante registrada fue la de preguntar. Pero no sólo se pregunta en el sentido de la obtención de información, sino que también clarifica la problemática del paciente. Es decir, que cuando un paciente expone su problemática, el terapeuta intenta formarse un cuadro coherente de lo que está ocurriendo en la vida del cliente. Este intento hace que el terapeuta se formule a sí mismo y al paciente un conjunto de preguntas ordenadas y lógicas para formarse dicho cuadro. El terapeuta, con frecuencia, hace preguntas que el paciente nunca se ha hecho a sí mismo. Muchas de las preguntas del terapeuta toman por sorpresa al

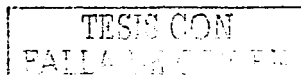


cliente porque lo colocan en una posición lógicamente diferente a la que venía tomando con respecto a su problemática y por lo tanto modifica la visión que tiene de la misma. En este sentido, las preguntas del terapeuta, son una parte integral y muy importante de las habilidades que todo terapeuta debe de tener.

Lorena 2ª sesión

En la segunda sesión con la paciente Lorena, se observa en la tabla de relación de terapeuta-paciente que, al igual que en la sesión anterior, las conductas con mayor frecuencia son: enseñar, reformular y escuchar; lo cual nos indica que al tener una idea más clara de la problemática de la paciente, el terapeuta ya se puede enfocar más a dar instrucciones más precisas, información o sugerencias acerca de un tema que específicamente se relaciona con su problema, haciendo que la paciente tenga varias alternativas conductuales que le ayuden a solucionar su problemática, diferentes a las que ha ejecutado anteriormente, y que son más adaptativas que éstas últimas.

En el mismo sentido, dados los antecedentes que se tienen acerca de la problemática, el terapeuta emplea técnicas cognitivas como una forma de intervenir el problema, enfocándose en las ideas no adaptativas del cliente que son las que afectan en este momento su vida; por lo tanto él replantea la problemática de una forma lógica diferente para que el cliente observe desde otra perspectiva su problema, haciendo siempre referencia a lo que ha planteado el cliente, pero interpretado de tal forma que no se vea tan grave como él lo ha manifestado; de manera que así podrá ver que la solución es más fácil de lo que el cliente pensaba.

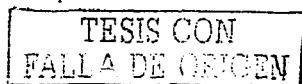


Dado que es la segunda sesión de la paciente Lorena, quedaron por clarificar algunos aspectos del problema y por esta razón el terapeuta dedicó todavía mucho tiempo de la sesión a escuchar a la paciente, para así tener más elementos que le ayuden a lograr una mejor intervención terapéutica. Además, él se dedica a dar muestras, tanto verbales como no verbales, de apoyo hacia la paciente, para que ella se sienta en un ambiente de confianza que le permita seguir exteriorizando sus problemas, ya que se motiva a hablar cuando siente que el otro se interesa por lo que ella está diciendo. Para obtener más información o clarificar algún tópico en particular, el terapeuta hace preguntas que dirijan a la paciente a hablar de algún tema en particular que ha omitido, ya sea por descuido o porque no quiera tocar el tema, pero el terapeuta considera importante para obtener resultados positivos de su intervención.

Por otro lado, observamos que las conductas que emite la paciente con mayor frecuencia son: intercambio de información, concesión y escuchar; ya que, como se dijo anteriormente, siguió proporcionando información acerca de su problemática y dedicó gran parte del tiempo a escuchar y aceptar las formulaciones y sugerencias que le hizo el terapeuta, lo cual indica que ha tenido una aceptación de su problema y está dispuesta a considerar las alternativas que se le proporcionan para solucionar el mismo.

José Luis 1ª sesión

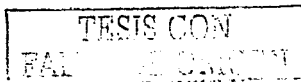
En este caso también podemos notar que las Kappas fueron muy altas (0.97, y la más baja de 0.92), lo que nos indica, por un lado, un alto grado de confiabilidad entre las observadoras, y por el otro, que el tipo de categorías se adaptó adecuadamente a este tipo de terapia.



Podemos observar en la tabla de relación de terapeuta-paciente que a pesar de no ser ésta la primer sesión terapéutica a la que asiste el señor José Luis, sigue predominando la conducta del terapeuta de escuchar; esto indica que posiblemente el tipo de terapia que está utilizando (cognitivo-conductual) requiere que el paciente proporcione mucha información en relación con su problema para poder contar con los elementos suficientes que ayudarán a intervenir satisfactoriamente, lo cual no quiere decir que este tipo de terapia se maneje estrictamente de esta manera, sino que esto dependerá del estilo personal de cada terapeuta, pero éste último deberá contar con los componentes teóricos esenciales de esta corriente para que se pueda hablar de terapia cognitivo-conductual.

El terapeuta al cual observamos se enfoca mucho a escuchar a su paciente y a mostrarle su apoyo para que el último se sienta en un ambiente de empatía que le permita hablar abiertamente acerca de los motivos que lo han traído a la terapia, lo que nos muestra que este tipo de terapia les da a los pacientes la oportunidad de expresar sus sentimientos con libertad, sin el temor de ser juzgados, tratando de resolver sus errores cambiando la perspectiva desde la cual los está observando, y esto nos lleva al modo de intervención que tiene este tipo de terapia, que se enfoca en enseñar y reformular las ideas del cliente para que se adapten mejor a su estilo de vida.

Enseñar está visto en el sentido de retomar las habilidades con las que cuenta el paciente para afrontar sus problemas, puntualizando sus atributos positivos e indicándole cómo los puede utilizar de forma correcta; además, basándose en éstas se dan sugerencias para crear nuevas conductas que le sean favorables al paciente y que le ayudarán a resolver y / o confrontar sus conflictos.

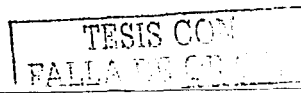


Al hablar de reformular las ideas del paciente, nos referimos a que, lo que nos está planteando el paciente, puede ser reformulado de una forma diferente y más lógica por el terapeuta, ya que éste no está involucrado en la situación y por lo tanto puede verlo de una forma más objetiva y simple de lo que la ve al paciente.

Dadas las características anteriormente mencionadas, las conductas más frecuentes efectuadas por el paciente son: intercambio de información, ya que éste es quien posee el conocimiento de la problemática que se está planteando; cuando el terapeuta interviene, el paciente guarda silencio para escuchar atentamente a su interlocutor, además de que gran parte de lo que éste último dice es aceptado por el cliente.

José Luis 2ª sesión

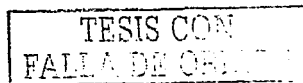
Durante la segunda sesión observada con el paciente José Luis, nos podemos dar cuenta de que se repiten los mismos patrones de conducta en ambos participantes de la terapia, lo cual nos demuestra que el estilo que utiliza el terapeuta para dirigir su terapia, es básicamente del mismo modo para todos los casos, empleando una estrategia de expectativa acerca de lo que el paciente está indicando hasta encontrar un punto relevante en el que él considere que es importante intervenir mediante reformulaciones y/o sugerencias que le ayuden al paciente a encontrar una solución efectiva a su (s) problema (s).



Otras conductas que aparecen dentro de la intervención del terapeuta son las de preguntar y confrontar/desafiar; que aunque aparecen en menor proporción, son elementos importantes que integran la terapia.

Siguiendo con el mismo patrón de intervención, el terapeuta se apoya en las preguntas para conseguir clarificar o expandir un tema que sea relevante para la terapia, incluyendo además de oraciones y preguntas directas, oraciones especulativas con las cuáles se trata de clarificar una respuesta del paciente. Sin embargo, como esta intervención terapéutica ya tiene mucho tiempo, esta conducta ya no se presenta con tanta frecuencia debido a que el terapeuta conoce muchos aspectos del problema del paciente.

Dado que el paciente frecuentemente está de acuerdo con lo que el terapeuta le indica, la conducta de confrontar por parte del terapeuta se da con menor frecuencia, ya que sólo en algunas ocasiones marcaba desacuerdos que tenía con el paciente en conductas que al ejecutarlas no le han beneficiado y, por el contrario, le han provocado problemas. Al resaltar éstos aspectos negativos, el terapeuta desafía al cliente a tomar una acción para que éste último se dé cuenta de que está en un error y para que compruebe que la acción que está realizando le provoca dificultades, y por este motivo es necesario efectuarla de otra manera (o cambiarla) para obtener resultados positivos.

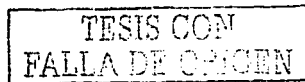


DISCUSIÓN

Con base en las observaciones realizadas, se pudo comprobar lo que dice la teoría acerca de los elementos que componen la psicoterapia, además de analizar la relación que se da dentro de una interacción de este tipo. Se pudo confirmar que, tal como dicen Hudson y Weiner-Davis (1993), la psicoterapia cuenta con algunas similitudes con otro tipo de interacciones (tales como profesor-alumno, sacerdote-feligrés, e incluso padre-hijo) ya que todas cuentan con una relación en la que uno de los miembros tiene el poder sobre el otro debido a su nivel jerárquico. Sin embargo, la diferencia principal consiste en que la psicoterapia es una relación profesional que ofrece una persona especializada en técnicas de intervención psicológica, para ayudar a resolver las problemáticas de los pacientes, a cambio de una remuneración económica.

Con base en su formación profesional, el terapeuta facilita el desarrollo del bienestar del paciente, apoyándose en los objetivos específicos que se derivan de la demanda que ha traído al paciente a acudir a una intervención terapéutica.

Se pudo observar que, como argumenta Bastine (1982; citado en Ávila y Poch, 1994), la psicoterapia utiliza medios psicológicos de forma profesional, dado que el personal que ejerce esta profesión tiene una formación científica y, por lo tanto, su actividad se justifica con los estudios de Psicología que ha realizado. Complementando el argumento de Bastine (1982; citado en Ávila y Poch, 1994), Condrau (1981) señala que el diálogo es el único instrumento de la actividad terapéutica, ya que la interacción se basa en todo lo que dice el paciente, y las

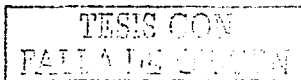


reformulaciones, comentarios y sugerencias que le hace el terapeuta con respecto a lo que ha mencionado el primero.

A través de la comunicación, el terapeuta intenta hacer reflexionar al paciente acerca del concepto que tiene de sí mismo, y se comprobó lo dicho por Reisman (1988; citado por Ávila y Poch, 1994), que la psicoterapia es un procedimiento de ayuda y no precisamente de curación, ya que el terapeuta da elementos para facilitar un cambio en el paciente; sin embargo, la responsabilidad es principalmente de éste último, ya que es quien realmente puede resolver su problema, basándose en las sugerencias hechas por el terapeuta durante el transcurso de la sesión.

De las interacciones terapéuticas, se resalta el papel activo que tuvo el terapeuta durante sus intervenciones, ya que él dirigió las sesiones, aportó aspectos teóricos en función del problema, y empleó técnicas con base profesional para modificar la concepción del paciente con respecto a su problema y así llegar a una solución.

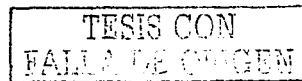
Las sesiones que se analizaron estuvieron dirigidas con una orientación cognitivo-conductual, dado que la mayor parte de las sesiones de terapia se basó en provocar un cambio cognitivo en los pacientes, y esta orientación, según Labrador, Cruzado y Muñoz (1998), parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento, y que el cambio conductual se encuentra mediado por las actividades cognitivas. Por lo tanto, la terapia está diseñada para ayudar al paciente a identificar, probar la realidad, y corregir concepciones o creencias disfuncionales, para ayudarles a reconocer las conexiones entre las cogniciones, el efecto y la conducta, junto con sus consecuencias; para hacerlos conscientes del papel que juegan los pensamientos negativos en el mantenimiento del problema.



Particularmente, el terapeuta utilizó la técnica de reestructuración cognitiva, ya que los problemas de los pacientes estaban basados en ideas irracionales, y como mencionan Ruch y Zimbardo (1979), la mayoría de los pacientes mantienen su conducta irracional debido a todas las ideas equivocadas que se dicen constantemente a sí mismos y cuyos elementos deben sacarse a la luz, con el fin de solucionarlos. Por lo tanto, el terapeuta ayuda al paciente a descubrir qué es lo que está diciéndose a sí mismo y cambiarlo por algo racional, para que la solución del problema sea más fácil.

En suma, con la revisión del material de video recolectado, en términos generales se pueden ver las características principales de la psicoterapia basada en la teoría cognitivo-conductual; sin embargo, se realizó un análisis un poco más detallado sobre la interacción que se da en estas condiciones de trabajo profesional. Por lo tanto, se realizó una propuesta para analizar las conductas más frecuentes dentro de una terapia, retomando el método descrito por Bakeman y Gottman (1989) para efectuar una observación sistemática basada en categorías conductuales, para la cuál se requirió un trabajo exhaustivo de observación y registro de las interacciones.

Como mencionan los autores, se debe comenzar teniendo claro el objetivo de la investigación, ya que de éste partimos para hacer las categorías que se utilizarán durante la observación a registrar. Para poder realizar el sistema de categorías, se hizo un registro en el que se anotaron todas las ocurrencias de conducta que emitieron los participantes, para obtener las características más importantes y así poder tener la definición de categorías, retomando una base de criterio físico que mencionan Bakeman y Gottman (1989), para configurarlas con



características específicas; es decir, que fueran observables, dado que se analizó una terapia de tipo cognitivo-conductual.

Debido a que la propuesta fue realizar un análisis preciso de la interacción, se consideró importante realizar las categorías teniendo en cuenta que deben ser exhaustivas y mutuamente excluyentes, con la finalidad de que no hubiera confusión entre cada una de ellas, y además con el fin de que se pueda retomar nuestra propuesta para realizar análisis más precisos y complejos.

Para poder considerar que las categorías se adaptaban de forma precisa al tipo de observación que estuvimos realizando, se efectuó un piloteo de las categorías utilizando una grabación hecha con una paciente que no fue considerada para la investigación. Se fueron identificando las deficiencias en las definiciones y se fueron perfeccionando las mismas, hasta lograr una elevada comprensión de las categorías por parte de las observadoras, y así obtener una alta confiabilidad durante el entrenamiento de registro.

Para comprobar la efectividad de las categorías y para descartar la posibilidad de haber obtenido una alta confiabilidad debido al repetido número de veces que se observó la misma sesión, se consideró importante analizar una sesión con un terapeuta diferente, para definir si se tenía la misma confiabilidad y comprobar que las categorías son adecuadas para cualquier sesión psicoterapéutica.

Por lo tanto, el éxito del estudio observacional, como mencionan Bakeman y Gottman (1989), se debe en gran medida al esquema de codificación. Para realizarlo, tal como se comprobó y describió anteriormente, implica una tarea ardua y un elevado número de horas de observación informal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al comprobar la eficacia y la confiabilidad de las categorías elaboradas para esta investigación, se procedió a realizar un registro formal que sirviera como base para analizar la sesión. Dado que el objetivo de estudio era confiabilizar las categorías y obtener las características generales de la psicoterapia, se decidió utilizar un registro de intervalos, en el cuál se registra en ciertos tiempos predeterminados, según lo citado por Bakeman y Gottman (1989). En este caso, se tomaron para el registro las conductas ocurridas durante los últimos 4 segundos de un intervalo de 10 segundos; esto debido a que en intervalos más largos pueden entrar dos o más conductas que causarían confusión al registrar.

Al principio de la investigación, se utilizó un porcentaje de acuerdo para tener un resultado preliminar de la concordancia entre las observadoras, ya que éste nos da una idea del nivel de confiabilidad de la observación; sin embargo, éste no se tomó como definitivo debido a que, como lo mencionan Bakeman y Gottman (1989), este estadístico no toma en cuenta la concordancia lograda por efecto del azar. Por tal motivo, después se utilizó un estadístico más exigente, el índice kappa de Cohen, que corrige la concordancia debida al azar, dando además una representación gráfica de los desacuerdos, y de esta manera se pudieron conocer los códigos que se confundían con frecuencia y cuáles casi nunca. El índice kappa fue calculado mediante un programa de computadora (SPSS versión 10.0) para facilitar el proceso.

En base a estos resultados, se puede destacar que las categorías diseñadas se adaptaron a las sesiones terapéuticas, porque la categoría nombrada como "otros", que servía para codificar conductas que no entraban en ninguna categoría, tuvo un porcentaje de registro muy bajo,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

y por lo tanto el contenido de la sesión se adaptaba al sistema de categorías que se creó para esta investigación.

Concretamente, se notó que con base en los resultados obtenidos, se observa que en gran parte de la terapia el terapeuta escuchó lo que decía el paciente, dando muestras de apoyo frecuentemente para que el paciente continuara con la conversación. Esto se realiza con el fin de obtener elementos para realizar una adecuada intervención.

Además de escuchar y apoyar, al tener la información suficiente sobre la demanda del paciente, el terapeuta dio instrucciones, información o sugerencias que le ayudaran al paciente a tener alternativas para solucionar su problema, centrándose en las ideas no adaptativas que afectaban la vida del paciente, para replantear el problema de una forma lógica diferente con el objetivo de que el paciente observe su problema desde una perspectiva diferente. En algunas ocasiones, le marcó desacuerdos que tenía con respecto a la conducta del paciente y que le han provocado problemas, y retomaba esto para desafiarlo a realizar alguna acción que le hiciera visualizar su error y comprobar los resultados positivos que podría obtener al cambiar sus conductas.

Con respecto a las conductas de los pacientes, en términos generales se centraron en proporcionar información, tanto del problema que lo ha traído a terapia como de sus problemas de la vida cotidiana; escuchar la información y sugerencias dadas por el terapeuta; y aceptar en gran medida lo que éste último le sugería.

Se consideró que los resultados fueron de esta manera debido al tipo de terapia que se utilizó, ya que se consideró que los resultados podrían variar en función de la corriente teórica que se emplee en el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

proceso de intervención. Entonces, los resultados presentados están de acuerdo con el tipo de terapia observada, ya que la terapia cognitivo-conductual se basa en la modificación de conductas desadaptativas, debido a que parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento; por lo tanto, la terapia está diseñada para ayudar al paciente a identificar sus creencias disfuncionales para que pueda probar ideas más adecuadas. Por tal razón, se observa que el terapeuta obtiene la información del problema para posteriormente enseñar al paciente a comportarse de una manera más racional, y para dar opciones de solución a su problema.

Se partió del supuesto de que los resultados pueden variar según el estilo personal del terapeuta, aunque manteniendo las características generales del tipo de terapia, porque durante la realización del piloteo de nuestras categorías se registró a otro terapeuta con la misma corriente teórica y se obtuvieron resultados similares, aunque con algunas variaciones que se atribuyeron al estilo de trabajo. También puede influir el tipo de problema del paciente y su actitud con respecto a la terapia, ya que esto facilita o dificulta el trabajo terapéutico, y hace que los terapeutas tomen otras herramientas para su intervención con el fin de resolver el problema. Dado que en este estudio sólo se observaron interacciones que utilizaron la técnica de reestructuración cognitiva, se considera que en otras sesiones con terapeutas enfocados hacia la misma corriente teórica mantienen la misma esencia pero en diferente frecuencia.

Debido a que el objetivo de esta investigación fue elaborar y confiabilizar una taxonomía conductual para psicoterapia, se asumió que este es el primer paso para la elaboración de futuras investigaciones que tengan como objetivo análisis más complejos; por ejemplo, realizar análisis secuencial para detectar la importancia de la coordinación de la

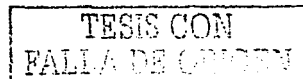
conducta, como lo realizaron Wampold y Kim (1989), donde con base en sus categorías conductuales, analizaron la satisfacción del paciente con la sesión terapéutica, concluyendo que por medio de este análisis se puede retroalimentar la actividad del terapeuta, ya que la categorización de conductas da un testimonio detallado de la información.

De igual manera lo hicieron Kokotovic y Tracey (1990), que utilizaron del mismo modo categorías para analizar la alianza de trabajo en una sesión terapéutica, donde después del análisis que hicieron y basándose en sus resultados, pudieron conocer qué clientes eran más difíciles de comprometerse con la terapia. Estos estudios se basaron en la elaboración previa de categorías conductuales para tener una base firme para realizar su análisis. Por esta razón, las categorías conductuales son la base de un amplio campo de investigación para analizar interacciones.

Dificultades de la investigación

La principal dificultad que surgió a lo largo de esta investigación fue durante la elaboración de las categorías conductuales, ya que en un principio se elaboró un sistema de categorías que se utilizaron para registrar a los dos participantes de la terapia, porque se consideró que no se debía hacer distinciones entre la conducta del terapeuta y el paciente. Sin embargo, debido a la diferencia de funciones entre cada uno, este sistema no fue del todo adecuado y, por lo tanto, modificado, tomando en cuenta las características principales de cada participante para realizar categorías que se adecuaron más a la interacción.

Para realizar la modificación, se realizó un registro de observación retomando las categorías para el terapeuta, definidas y utilizadas en un estudio revisado previamente, el cuál se enfocaba igualmente en un tipo



de intervención cognitivo-conductual. Al tener elaborado el sistema de categorías que se utilizó definitivamente, se tuvo un corto tiempo de entrenamiento, debido a que las categorías bien definidas y establecidas para este estudio facilitaron la observación; pero para concluir este proceso se requirió de mucho tiempo, tanto de modificación de categorías como de registro, que fue lo que obstaculizó el proceso de la investigación.

127

CONCLUSIÓN

Durante la presente investigación se logró el objetivo establecido de elaborar y confiabilizar una taxonomía conductual, la cuál sirvió para analizar sesiones terapéuticas con una orientación cognitivo-conductual y se observó que sí se siguen los lineamientos teóricos que señala esta corriente, los cuáles son, según lo mencionado por Mahoney (1977; citado en Kendal y Norton-Ford, 1988), que el organismo humano responde a las representaciones cognitivas del medio, no al medio propiamente dicho; éstas representaciones cognitivas están relacionadas con el proceso de aprendizaje, el cual se comunica cognoscitivamente, y los pensamientos, sentimientos y conductas son causalmente interactivos. Además, se consideró que esta información se puede utilizar de retroalimentación para el terapeuta con respecto a su intervención.

A pesar de que cada terapeuta tiene un estilo particular de intervención, se siguen los lineamientos generales que marca la teoría, que son utilizar manipulaciones ambientales que aportan una oportunidad para que el paciente cuestione, revalorice y adquiera control sobre sus conductas, sentimientos y cogniciones desadaptativas. Esto hace que las categorías conductuales que se realizaron se adapten a este tipo de intervención, sin importar que sea efectuada por terapeutas diferentes.

Se partió del supuesto de que las categorías pueden utilizarse para analizar cualquier tipo de interacción, ya que por ejemplo Wampold (1984) realizó un análisis de interacciones maritales para observar quién ejerce el dominio en una pareja, esto lo realizó basándose en categorías conductuales; dado que obtuvo un resultado favorable, concluyó que

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

incluso la conducta de un solo individuo podría ser analizado por una secuencia de conductas. Sin embargo, lo más difícil del proceso es lograr la confiabilidad entre observadores, debido a que se requiere de la definición clara de las categorías y un entrenamiento extenso. Logrando esto, se puede pasar a la realización de un análisis detallado de la interacción.

Por este motivo, y por el tiempo utilizado para realizar y confiabilizar las categorías, no se llevó a cabo un análisis más complejo de las intervenciones que se revisaron. Sin embargo, se argumenta que este es un gran paso para futuros estudios, los cuáles no tendrán que realizar el proceso de definición de conductas y podrán enfocarse en hacer un análisis más detallado, como puede ser el análisis secuencial, que se basa en las categorías conductuales para describir la interacción "momento a momento", y que permite conocer las consecuencias de la conducta de un individuo sobre el otro.

Se considera importante mencionar que, si alguien desea realizar un estudio similar o incluso retomar las categorías expuestas en esta investigación, se debe comenzar por tener claro el objetivo del estudio, con el fin de poder elegir el método de registro más adecuado para obtener resultados acoplados a la investigación que se pretende realizar; después debe haber un entrenamiento amplio y previo para poder llevar a cabo los registros de observación de manera adecuada.

Por lo tanto se concluye que, aunque este tipo de estudio requiere de mucho tiempo, brinda datos precisos sobre las interacciones y es fácil de replicar, si se tiene la finalidad de ampliar el conocimiento en este campo.

REFERENCIAS

- Ψ Ávila, A.; y Poch, B. (1994). **Manual de técnicas en psicoterapia**. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Ψ Bakeman, R.; y Gottman, J. M. (1989). **Observación de la interacción: introducción al análisis secuencial**. Madrid: Morata, S. A.
- Ψ Bernstein, D. A. (1982). **Introducción a la Psicología Clínica**. México: McGrawHill.
- Ψ Chamberlain, P.; Davis, J. P.; Forgatch, J. F.; Patterson, G. R.; Ray, J.; Rotchschild, A.; y Trombley, J. (1999). **Código del proceso terapéutico: Adaptación de un sistema multidimensional para evaluar la interacción del terapeuta y el usuario en un programa de autocambio dirigido para bebedores problema**. Oregon: Oregon Social Learning Center.
- Ψ Condrau, G. (1981). **Introducción a la psicoterapia**. México: Diana.
- Ψ Fiorini, H. (1992). **Teorías y técnicas de psicoterapias**. Argentina: Nueva Visión.
- Ψ Gardner R., S.; y Wampold, B. E. (1991). *Relationship of power and involvement to working alliance: a multiple-case*

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- sequential analysis of brief therapy. Journal of Counseling Psychology, 38* (2), 107-114.
- ψ Garske, J. P.; y Jay L., S. (1988). **Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos.** España: Descleé de Brower, S. A.
- ψ Golfried, M. R. (1996). **De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración.** España: Descleé de Brower.
- ψ Hudson, O. W.; y Weiner-Davis, M. (1993). **En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia.** España: Paidós.
- ψ Kendal, P., y Norton-Ford, J. (1988). **Psicología Clínica. Perspectivas Científicas y Profesionales.** México: Limusa.
- ψ Kleinke, C. (1998). **Principios comunes en psicoterapia.** España: Descleé de Brower, S. A.
- ψ Kokotovic, A. M.; y Tracey, T. J. (1990). *Working alliance in the early phase of counseling. Journal of Counseling Psychology, 37* (1), 16-21.
- ψ Labrador, J. F., Cruzado, J., y Muñoz, M. (1998). **Manual de técnicas de modificación de conducta.** Madrid: Pirámide.

TESIS CON
FALLA DE ORDEN

- Ψ Lee N., M.; y Holloway, E. L. (1990). *Relation of gender to power and involvement in supervision. Journal of Counseling Psychology, 37* (4), 473-481.
- Ψ Lichtenberg, J. W.; y Heck, E. J. (1986). *Analysis of sequence in process research. Journal of Counseling Psychology, 33* (2), 170-181.
- Ψ Mahoney, J. (1983). **Cognición y modificación de conducta.** México: Trillas.
- Ψ Mahoney, J. (1988). **Cognición y psicoterapia.** España: Paidós.
- Ψ Mahoney, J. (1997). **Psicoterapias cognitivas y constructivas. Teoría, investigación y práctica.** España: Ecolograf, S. A.
- Ψ Petit, M. (1987). **La terapia Gestalt.** Barcelona: Kairós.
- Ψ Phares, J. (1999). **Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Práctica.** México: El Manual Moderno.
- Ψ Ruch, F. L.; y Zimbardo, P. G. (1979). **Psicología y vida.** México: Trillas.
- Ψ Saldaña, C. (1989). **Terapia vivencial.** Argentina: Lumen.

- 4 Small, L. (1997) **Psicoterapias breves**. España: Gedisa.
- 4 Tracey, J. (1985). *Dominance and outcome: a sequential examination*. **Journal of Counseling Psychology**, **32** (1), 119-122.
- 4 Vargas F., J. J.; e Ibáñez R., E. J. (2002). **Reflexiones sobre la psicoterapia cognitivo-conductual**. México: Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 5. no.1.
- 4 Wampold, B. E. (1984). *Tests of dominance in sequential categorical data*. **Psychological Bulletin**, **96** (2), 424-429.
- 4 Wampold, B. E. (2001). **The great Psychotherapy debate. Models, methods, and findings**. Estados Unidos: Lawrence Erlbaum Associates.
- 4 Wampold, B. E.; y Kim, K. (1989). *Sequential analysis applied to counseling process and outcome: a case study revisited*. **Journal of Counseling Psychology**, **36** (3), 357-364.

TESIS CON
FALLA DE OPORTUNIDAD

ANEXOS

registro de la paciente Lorena
(primera sesión)

129

	A	B	C	D
1	4	4	3	3
2	4	4	3	3
3	4	4	3	3
4	4	4	3	3
5	4	4	7	7
6	7	7	1	1
7	7	7	1	1
8	7	7	1	1
9	3	3	7	7
10	7	7	1	1
11	7	7	1	1
12	1	1	1	1
13	7	7	1	1
14	7	7	1	1
15	7	7	1	1
16	7	7	1	1
17	3	3	7	7
18	9	9	1	1
19	1	1	1	1
20	1	1	1	1
21	7	7	1	1
22	1	1	3	3
23	1	1	3	3
24	1	1	7	7
25	7	7	1	1
26	3	3	1	1
27	7	7	1	1
28	7	7	1	1
29	7	7	1	1
30	1	7	1	1
31	1	1	1	1
32	7	7	1	1
33	1	1	1	1
34	7	7	1	1
35	7	7	1	1
36	7	7	1	1
37	7	7	1	1
38	7	7	1	1
39	7	7	1	1
40	7	7	7	7
41	7	7	7	7
42	1	1	1	1
43	7	7	1	1
44	7	7	1	1
45	7	7	1	1
46	7	7	1	1
47	7	7	1	1
48	7	7	1	1
49	1	1	1	1

TESIS CON
FALLA DE CUBRIMIENTO

1. Observador 1 terapéutico
2. Observador 2 terapéutico
3. Observador 1 psicólogo
4. Observador 2 psicólogo

registro de la paciente Lorena
(primera sesión)

130

	A	B	C	D
50	7	7	1	1
51	7	7	1	1
52	3	3	7	7
53	7	7	1	1
54	7	7	1	1
55	2	2	7	7
56	2	2	3	3
57	2	2	7	7
58	9	9	3	3
59	9	9	8	8
60	9	9	8	8
61	2	2	3	3
62	2	2	3	3
63	2	2	3	3
64	2	2	3	3
65	2	2	7	3
66	2	2	7	7
67	2	2	7	7
68	2	2	3	3
69	2	2	7	7
70	2	2	7	7
71	7	7	3	3
72	3	3	3	7
73	8	8	1	1
74	2	2	3	3
75	2	2	7	7
76	2	2	7	7
77	2	2	7	7
78	2	2	7	7
79	2	2	3	3
80	8	8	3	7
81	8	8	7	7
82	8	8	7	7
83	7	7	7	7
84	1	1	1	1
85	1	1	1	1
86	7	7	1	1
87	7	7	1	1
88	7	7	1	1
89	7	7	1	1
90	1	1	1	1
91	7	7	1	1
92	7	7	1	1
93	7	7	1	1
94	7	7	1	1
95	7	7	1	1
96	3	3	1	1
97	3	3	1	1
98	7	7	1	1

A:observador 1 (terapeuta)
B:observador 2 (terapeuta)
C:observador 1 (paciente)
D:observador 2 (paciente)

registro de la paciente Lorena
(primera sesión)

131

	A	B	C	D
99	7	7	1	1
100	1	1	1	1
101	7	7	1	1
102	7	7	1	1
103	1	1	1	1
104	8	8	1	1
105	8	8	3	3
106	8	8	3	3
107	1	1	3	7
108	8	8	3	3
109	8	8	3	3
110	2	2	7	7
111	2	2	3	3
112	8	8	7	7
113	8	8	3	3
114	7	7	1	1
115	7	7	1	1
116	7	7	1	1
117	7	7	1	1
118	2	2	7	7
119	9	9	3	3
120	2	2	7	7
121	9	9	7	7
122	8	8	3	3
123	7	7	7	7
124	2	2	1	1
125	2	2	3	3
126	2	2	3	3
127	7	7	3	3
128	8	8	1	1
129	8	8	3	3
130	8	8	7	7
131	8	8	7	7
132	8	8	3	3
133	8	8	7	7
134	8	8	7	7
135	2	2	7	7
136	2	2	7	7
137	2	2	3	3
138	2	2	3	3
139	8	8	3	3
140	2	2	7	7
141	2	2	7	7
142	2	2	3	3
143	2	2	3	3
144	2	2	3	3
145	2	2	7	7
146	2	2	3	3
147	2	2	3	3

TESIS CON
FALLA DE CUMPLIMIENTO

1. observador 1 (terapeuta)
2. observador 2 (terapeuta)
3. observador 3 (paciente)
7. observador 7 (paciente)

registro de la paciente Lorena
(primera sesión)

132

	A	B	C	D
148	2	2	3	3
149	2	2	3	3
150	2	8	3	3
151	2	2	3	3
152	2	2	3	3
153	2	7	3	3
154	2	7	1	1
155	2	2	1	1
156	2	2	3	3
157	2	2	3	7
158	8	8	7	7
159	2	2	7	7
160	2	2	7	7
161	2	2	7	7
162	2	2	3	3
163	2	2	3	3
164	2	2	3	3
165	2	2	3	3
166	2	2	3	3
167	8	8	3	3
168	9	9	3	3
169	8	8	3	3
170	8	8	3	7
171	8	8	3	3
172	8	8	7	7
173	2	2	7	7
174	2	2	7	7
175	2	2	3	3
176	2	2	3	3
177	2	2	3	3
178	2	2	7	7
179	5	5	7	3
180	5	5	4	4
181	9	9	1	1
182	5	5	7	7
183	8	8	7	7
184	8	8	3	3
185	8	8	7	7
186	8	8	3	3
187	9	9	7	7
188	2	2	3	3
189	2	2	3	3
190	2	2	7	7
191	2	2	7	7
192	2	2	3	3
193	2	2	1	1
194	2	2	7	7
195	2	2	3	3
196	2	2	7	3

A observador 1 (terapeuta)
B observador 2 (terapeuta)
C observador 1 (paciente)
D observador 2 (paciente)

registro de la paciente Lorena
(primera sesión)

133

	A	B	C	D
197	2	2	7	7
198	2	2	3	7
199	2	2	7	7
200	2	2	3	3
201	2	2	7	7
202	3	3	3	3
203	8	8	7	7
204	3	3	1	1
205	3	3	1	1
206	7	7	1	1
207	7	7	1	1
208	7	7	1	1
209	7	7	1	1
210	7	7	1	1
211	1	1	1	1
212	1	1	1	1
213	1	8	1	1
214	7	7	1	1
215	7	1	1	1
216	8	8	7	7
217	8	8	3	3
218	8	8	3	3
219	8	8	3	3
220	8	8	7	7
221	8	8	7	7
222	8	8	7	7
223	7	7	3	3
224	7	7	1	1
225	7	7	1	1
226	7	7	1	1
227	1	1	1	1
228	7	7	1	1
229	7	7	1	1
230	1	1	1	1
231	8	8	1	1
232	8	8	1	1
233	8	8	7	7
234	8	8	7	7
235	8	8	7	7
236	8	8	7	7
237	8	8	7	7
238	8	8	7	7
239	7	7	3	3
240	1	1	3	3
241	7	7	1	1
242	7	7	1	1
243	1	7	1	1
244	7	7	1	1
245	7	7	1	1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A. observador 1 ocupante
B. observador 2 ocupante
C. observador 1 paciente
D. observador 2 paciente

registro de la paciente Lorena
(primera sesión)

	A	B	C	D
246	1	1	1	1
247	8	8	1	1
248	7	7	1	1
249	7	7	1	1
250	7	7	1	1
251	8	8	1	1
252	7	7	1	1
253	3	3	1	1
254	7	7	1	1
255	8	8	1	1
256	8	8	1	1
257	8	8	1	1
258	7	7	3	3
259	7	7	1	1
260	7	7	1	1
261	7	7	1	1
262	8	8	1	1
263	7	7	3	3
264	1	1	1	1
265	8	8	1	1
266	8	8	1	1
267	8	8	3	3
268	8	8	7	7
269	8	8	7	7
270	7	7	3	3
271	7	7	5	5
272	7	7	1	1
273	1	1	1	1
274	1	1	1	1
275	8	8	1	1
276	8	8	3	1
277	8	8	7	7
278	8	8	3	3
279	8	8	3	3
280	8	8	7	7
281	8	8	7	7
282	8	8	3	7
283	8	8	7	7
284	8	8	3	3
285	8	8	7	7
286	8	8	3	3
287	8	8	3	3
288	8	8	3	3
289	8	8	7	7
290	8	8	7	7
291	9	9	7	7
292	4	4	8	8
293	4	4	8	8
294	4	4	8	8

134

registro de la paciente Lorena
(primera sesion)

135

	A	B	C	D
295	7	7	1	1
296	8	8	1	1
297	8	8	1	1
298	8	8	3	3
299	8	8	7	7
300	7	7	7	7
301	9	9	7	7
302	2	2	1	1
303	2	2	7	7
304	2	2	4	4
305	2	2	7	7
306	8	8	7	7
307	9	9	7	7
308	8	8	7	7
309	3	3	8	8
310	3	3	7	7
311	7	7	1	1
312	8	8	1	1
313	8	8	8	8
314	8	8	7	7
315	1	1	1	1
316	8	8	3	3
317	8	8	7	7
318	8	8	7	3
319	8	8	7	7
320	8	8	3	3
321	8	8	8	3
322	8	8	3	3
323	8	8	7	7
324	2	2	7	7
325	2	2	7	7
326	2	2	7	7
327	8	8	3	3
328	8	8	7	7
329	8	8	7	7
330	4	4	8	7
331	4	4	7	7
332	7	7	3	3
333	7	7	7	7
334	1	1	7	7
335	1	1	1	1
336			1	1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A.observador 1 (terapeuta)
B.observador 2 (terapeuta)
C.observador 1 (paciente)
D.observador 2 (paciente)

registro de la paciente Lorena
(sesion 2)

136

	A	B	C	D
1	3	3	3	3
2	3	3	3	3
3	7	7	2	2
4	7	7	1	1
5	7	7	1	1
6	8	8	1	1
7	3	3	1	1
8	3	3	1	1
9	5	5	2	2
10	3	3	7	7
11	7	7	1	1
12	8	8	7	7
13	3	3	7	7
14	7	7	1	1
15	4	4	3	3
16	8	8	7	7
17	8	8	3	3
18	8	8	7	7
19	8	8	3	3
20	8	8	1	1
21	1	1	1	1
22	7	7	1	1
23	7	7	1	1
24	1	1	1	1
25	7	7	1	1
26	7	7	1	1
27	7	7	1	1
28	7	7	1	1
29	7	7	1	1
30	7	1	1	1
31	1	1	1	1
32	7	1	1	1
33	1	1	1	1
34	7	7	1	1
35	3	3	7	1
36	7	7	1	1
37	1	1	1	1
38	3	3	1	1
39	7	7	1	1
40	1	1	1	1
41	3	3	3	3
42	7	1	7	7
43	2	2	7	7
44	1	1	1	1
45	7	7	1	1
46	1	1	1	1
47	8	8	7	7
48	7	7	1	1
49	7	7	1	1

A:observador 1 (temporal)
B:observador 2 (temporal)
C:observador 1 (paciente)
D:observador 2 (paciente)

registro de la paciente Lorena
(sesión 2)

137

	A	B	C	D
50	3	3	1	1
51	7	7	1	1
52	7	7	1	1
53	7	7	1	1
54	8	8	1	1
55	8	1	1	1
56	7	7	1	1
57	7	1	1	1
58	3	3	1	1
59	2	2	4	4
60	2	2	3	3
61	1	1	7	7
62	4	4	7	7
63	2	2	1	1
64	2	2	7	7
65	2	2	3	3
66	2	2	7	7
67	2	2	3	3
68	7	7	1	1
69	3	3	1	1
70	7	7	1	1
71	7	7	1	1
72	1	1	1	1
73	7	7	1	1
74	7	7	1	1
75	7	7	1	1
76	3	3	1	1
77	1	1	1	1
78	7	7	1	1
79	7	7	1	1
80	7	7	1	1
81	1	1	1	1
82	1	1	1	1
83	8	8	1	1
84	7	7	1	1
85	7	7	1	1
86	1	1	1	1
87	3	3	1	1
88	1	1	1	1
89	7	7	1	1
90	1	1	1	1
91	7	7	1	1
92	1	1	1	1
93	1	1	1	1
94	1	1	1	1
95	1	1	1	1
96	1	1	1	1
97	3	3	1	1
98	3	3	1	1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A: observador 1 (terapeuta)
B: observador 2 (terapeuta)
C: observador 1 (paciente)
D: observador 2 (paciente)

registro de la paciente Lorena
(sesión 2)

138

	A	B	C	D
99	7	7	1	1
100	1	1	1	1
101	7	7	1	1
102	1	1	1	1
103	7	7	8	8
104	7	7	7	7
105	8	8	7	7
106	7	7	1	1
107	8	8	1	1
108	3	3	1	1
109	1	1	1	1
110	3	3	1	1
111	7	7	1	1
112	7	7	1	1
113	3	3	1	1
114	1	1	1	1
115	1	1	1	1
116	2	2	1	1
117	2	2	3	3
118	8	8	7	7
119	8	8	7	7
120	2	2	3	3
121	2	2	3	3
122	2	2	3	3
123	2	2	7	7
124	2	2	3	3
125	3	3	1	1
126	7	7	1	1
127	7	7	1	1
128	7	7	1	1
129	3	3	7	7
130	7	7	7	7
131	8	8	2	2
132	8	8	7	7
133	7	7	7	7
134	1	1	1	1
135	1	1	1	1
136	3	3	3	3
137	8	8	1	1
138	8	8	3	3
139	8	8	3	3
140	3	3	7	7
141	8	8	3	3
142	8	8	7	7
143	9	9	7	7
144	3	3	7	7
145	3	3	1	1
146	8	8	7	7
147	8	8	3	3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A: observador 1 (terapeuta)
B: observador 2 (terapeuta)
C: observador 1 (paciente)
D: observador 2 (paciente)

registro de la paciente Lorena
(sesión 2)

	A	B	C	D
148	3	3	3	3
149	2	2	3	3
150	7	7	1	1
151	1	1	1	1
152	7	7	1	1
153	3	3	1	1
154	1	1	1	1
155	7	7	1	1
156	7	7	1	1
157	1	1	1	1
158	2	2	1	1
159	2	2	7	7
160	2	2	3	3
161	2	2	7	3
162	2	2	7	7
163	2	2	3	3
164	2	2	3	3
165	2	2	7	7
166	2	2	3	3
167	8	8	7	7
168	8	8	3	3
169	8	8	7	7
170	8	8	3	3
171	8	8	3	3
172	8	8	7	7
173	8	8	3	7
174	8	8	3	7
175	8	8	7	7
176	8	8	7	7
177	8	8	7	7
178	8	8	3	3
179	8	8	3	3
180	3	3	3	3
181	3	3	7	7
182	2	2	1	1
183	2	2	7	7
184	2	2	3	3
185	2	2	3	3
186	2	2	3	3
187	2	2	3	3
188	2	2	7	7
189	2	2	3	3
190	7	7	7	7
191	8	8	1	1
192	8	8	7	7
193	8	8	3	3
194	8	8	3	3
195	8	8	7	7
196	8	8	3	3

139

1. Observador 1 (tratamiento)
2. Observador 2 (tratamiento)
3. Observador 1 (paciente)
4. Observador 2 (paciente)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

registro de la paciente Lorena
(sesión 2)

140

	A	B	C	D
197	8	8	7	7
198	7	7	7	7
199	7	7	1	1
200	2	2	1	1
201	2	2	3	3
202	2	2	3	3
203	2	2	7	7
204	2	2	7	3
205	2	2	7	7
206	2	2	3	3
207	2	2	1	1
208	2	2	3	3
209	2	2	3	3
210	2	2	3	3
211	2	2	3	3
212	2	2	7	7
213	2	2	7	7
214	2	2	7	7
215	2	2	7	7
216	2	2	7	7
217	2	2	7	7
218	2	2	3	3
219	3	3	3	3
220	8	8	3	3
221	8	8	7	7
222	7	7	7	7
223	2	2	1	1
224	5	5	3	3
225	2	2	1	1
226	2	2	1	1
227	1	1	8	8
228	2	2	7	7
229	2	2	3	3
230	2	2	3	3
231	2	2	7	7
232	2	2	3	3
233	2	2	3	3
234	2	2	7	7
235	2	2	3	3
236	2	2	3	3
237	2	2	7	7
238	2	2	3	3
239	2	2	3	3
240	2	2	3	3
241	2	2	7	7
242	2	2	7	7
243	2	2	7	7
244	2	2	3	3
245	2	2	3	3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A: observador 1 (temporaria)
B: observador 2 (temporaria)
C: observador 1 (paciente)
D: observador 2 (paciente)

registro de la paciente Lorena
(sesión 2)

141

	A	B	C	D
246	2	2	3	3
247	2	2	7	7
248	2	2	7	7
249	2	2	3	3
250	2	2	7	7
251	2	2	7	7
252	2	2	3	3
253	2	2	7	7
254	2	2	7	7
255	2	2	3	3
256	2	2	3	3
257	2	2	7	7
258	8	8	7	7
259	8	8	7	7
260	8	8	3	3
261	8	8	3	3
262	8	8	7	7
263	8	8	7	7
264	8	8	3	3
265	8	8	3	3
266	9	9	3	3
267	8	8	3	3
268	8	8	3	3
269	2	2	7	7
270	2	2	3	3
271	2	2	3	3
272	2	2	7	7
273	2	2	3	3
274	2	2	7	7
275	2	2	7	7
276	2	2	3	3
277	2	2	3	3
278	2	2	3	3
279	2	2	7	7
280	2	2	3	3
281	2	2	3	3
282	2	2	3	3
283	7	7	3	3
284	2	2	1	1
285	2	2	1	1
286	9	9	1	1
287	8	8	7	7
288	5	5	7	7
289	8	8	1	1
290	8	8	7	7
291	8	8	7	7
292	8	8	7	7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A: observador 1 (paciente)
B: observador 2 (paciente)
C: observador 1 (paciente)
D: observador 2 (paciente)

Registro del paciente José Luis
(primera sesión)

	A	B	C	D
1	7	7	8	1
2	4	4	7	7
3	4	4	3	3
4	7	7	1	1
5	7	7	1	1
6	1	1	1	1
7	7	7	1	1
8	7	7	1	1
9	7	7	1	1
10	1	1	1	1
11	1	1	1	1
12	3	3	7	7
13	1	1	1	1
14	7	7	1	1
15	7	7	1	1
16	1	1	1	1
17	7	7	1	1
18	7	1	1	1
19	7	7	1	1
20	2	2	7	7
21	2	2	7	7
22	2	2	7	7
23	2	2	2	2
24	1	1	1	1
25	7	7	1	1
26	1	7	1	1
27	7	7	1	1
28	7	7	8	8
29	7	7	1	1
30	7	7	1	1
31	1	1	1	1
32	7	7	1	1
33	1	1	1	1
34	2	2	7	7
35	2	2	7	7
36	2	2	3	3
37	2	2	7	7
38	2	2	7	7
39	9	9	3	3
40	2	2	3	3
41	2	2	3	3
42	9	9	5	5
43	1	1	1	1
44	1	1	1	1
45	1	1	1	1
46	7	7	1	1
47	7	7	1	1
48	7	7	1	1
49	7	7	1	1

142

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A: observador 1 (paciente)
B: observador 2 (paciente)
C: observador 1 (paciente)
D: observador 2 (paciente)

Registro del paciente José Luis
(primera sesión)

	A	B	C	D
50	7	7	1	1
51	1	1	1	1
52	1	1	1	1
53	7	7	1	1
54	1	1	1	1
55	1	1	1	1
56	7	7	1	1
57	7	7	1	1
58	7	7	8	8
59	8	8	3	7
60	8	8	1	1
61	8	8	7	7
62	8	8	3	3
63	8	8	3	3
64	8	8	3	3
65	8	8	7	7
66	8	8	7	7
67	8	8	7	7
68	8	8	3	3
69	8	8	7	7
70	8	8	3	3
71	8	8	7	7
72	8	8	3	3
73	8	8	1	1
74	7	7	1	1
75	7	7	1	1
76	1	1	1	1
77	1	1	1	1
78	3	3	3	3
79	3	3	1	1
80	3	3	1	1
81	1	1	1	1
82	3	3	1	1
83	7	7	1	1
84	1	1	1	1
85	7	7	1	1
86	1	1	1	1
87	7	7	1	1
88	5	5	7	7
89	5	5	7	7
90	7	7	1	1
91	5	5	7	7
92	9	9	7	7
93	5	5	8	3
94	5	5	7	7
95	5	5	7	7
96	9	9	7	7
97	2	2	7	7
98	2	2	7	7

143

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Registro del paciente José Luis
(primera sesión)

	A	B	C	D
99	2	2	3	3
100	2	2	7	7
101	2	2	7	7
102	2	2	7	7
103	2	2	7	7
104	2	2	7	7
105	2	2	7	7
106	8	8	3	3
107	8	8	7	7
108	8	8	7	7
109	2	2	7	7
110	2	2	7	7
111	1	1	1	1
112	7	7	1	1
113	7	7	1	1
114	7	7	1	1
115	7	7	1	1
116	7	7	1	1
117	1	1	1	1
118	3	3	1	1
119	7	7	1	1
120	9	9	8	8
121	7	7	1	1
122	3	3	7	7
123	7	7	1	1
124	7	7	1	1
125	3	3	1	1
126	3	3	1	1
127	1	1	1	1
128	7	7	1	1
129	7	7	1	1
130	7	7	1	1
131	3	3	1	1
132	7	7	1	1
133	1	1	1	1
134	3	3	7	7
135	7	7	1	1
136	7	7	1	1
137	1	1	1	1
138	7	7	1	1
139	2	2	7	3
140	7	7	1	1
141	7	7	1	1
142	3	3	1	1
143	7	7	1	1
144	2	2	3	5
145	2	2	7	3
146	5	5	2	2
147	7	7	1	1

144

A.observado 1 (paciente)
B.observado 2 (paciente)
C.observado 1 (paciente)
D.observado 2 (paciente)

Registro del paciente José Luis
(primera sesión)

	A	B	C	D
148	7	7	1	1
149	7	1	1	1
150	7	7	1	1
151	7	7	1	1
152	7	7	1	1
153	7	7	1	1
154	7	7	1	1
155	7	7	1	1
156	7	7	1	1
157	7	7	1	1
158	7	7	1	1
159	7	7	1	1
160	7	7	1	1
161	7	7	1	1
162	7	7	1	1
163	7	7	1	1
164	7	7	1	1
165	7	7	1	1
166	7	7	7	1
167	7	7	1	1
168	1	1	7	7
169	2	2	3	3
170	2	2	7	7
171	2	2	3	3
172	5	5	3	3
173	2	5	3	3
174	2	2	7	7
175	2	2	7	7
176	2	2	3	3
177	9	9	3	3
178	7	7	1	1
179	1	1	1	1
180	6	6	8	8
181	6	6	7	7
182	6	6	1	1
183	7	7	1	1
184	7	6	1	1
185	7	7	8	8
186	1	1	1	1
187	1	1	7	7
188	8	8	7	7
189	9	9	1	1
190	7	7	1	1
191	7	7	1	1
192	1	1	1	1
193	1	1	7	7
194	7	7	1	1
195	7	7	1	1
196	7	7	1	1

145

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A observador 1 (terapeuta)
B observador 2 (terapeuta)
C observador 1 (paciente)
D observador 2 (paciente)

Registro del paciente José Luis
(primera sesión)

	A	B	C	D
197	7	7	1	1
198	1	1	3	1

146

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A. Observador 1 (terapeuta)
B. Observador 2 (terapeuta)
C. Observador 1 (paciente)
D. Observador 2 (paciente)

registro del paciente José Luis
(segunda sesión)

147

	A	B	C	D
1	7	7	1	1
2	3	3	7	7
3	7	7	1	1
4	7	7	1	1
5	7	7	1	1
6	7	7	1	1
7	7	7	1	1
8	2	2	7	7
9	7	7	1	1
10	1	1	1	1
11	7	7	1	1
12	7	7	1	1
13	1	1	1	1
14	7	7	1	1
15	7	7	1	1
16	8	8	1	1
17	7	7	7	7
18	7	7	1	1
19	7	7	1	1
20	7	7	1	1
21	1	1	1	1
22	7	7	1	1
23	7	7	1	1
24	7	7	1	1
25	7	7	1	1
26	7	7	1	1
27	7	7	1	1
28	7	7	1	1
29	7	7	1	1
30	9	9	7	7
31	8	8	7	7
32	8	8	7	7
33	7	7	8	8
34	8	8	3	3
35	8	8	3	3
36	7	7	1	1
37	7	7	1	1
38	7	7	1	1
39	7	7	1	1
40	1	1	1	1
41	7	7	1	1
42	7	7	1	1
43	1	1	1	1
44	7	7	1	1
45	1	7	1	1
46	1	1	1	1
47	7	7	1	1
48	1	1	1	1
49	7	7	1	1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A. observador 1 (terapeuta)
B. observador 2 (terapeuta)
C. observador 1 (paciente)
D. observador 2 (paciente)

registro del paciente José Luis
(segunda sesión)

148

	A	B	C	D
50	1	1	1	1
51	7	7	1	1
52	1	1	1	1
53	7	7	1	1
54	8	8	1	1
55	7	7	1	1
56	7	7	1	1
57	7	7	1	1
58	7	7	1	1
59	7	7	1	1
60	8	8	1	1
61	8	8	3	3
62	8	8	3	3
63	8	8	7	7
64	1	1	1	1
65	7	7	1	1
66	5	5	6	6
67	5	5	7	7
68	5	5	7	7
69	5	5	7	7
70	5	5	7	7
71	7	7	1	1
72	7	7	1	1
73	7	7	1	1
74	7	7	1	1
75	7	7	1	1
76	1	1	1	1
77	7	7	1	1
78	1	1	1	1
79	7	7	1	1
80	1	1	1	1
81	7	7	1	1
82	7	7	1	1
83	7	7	1	1
84	1	1	1	1
85	7	7	1	1
86	7	7	1	1
87	1	1	1	1
88	7	7	1	1
89	7	7	3	3
90	3	3	1	1
91	3	3	7	7
92	7	7	1	1
93	1	1	1	1
94	3	3	1	1
95	3	3	1	1
96	7	7	1	1
97	3	3	1	1
98	3	3	1	1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A: observador 1 (terapeuta)
B: observador 2 (terapeuta)
C: observador 1 (paciente)
D: observador 2 (paciente)

registro del paciente José Luis
(segunda sesión)

149

	A	B	C	D
99	7		1	1
100	3	3	1	1
101	7	7	1	1
102	7	7	1	1
103	3	3	1	1
104	2	2	7	7
105	2	2	7	7
106	7	7	7	7
107	7	7	1	1
108	7	7	1	1
109	1	1	1	1
110	1	1	1	1
111	7	7	1	1
112	7	7	1	1
113	7	7	1	1
114	7	7	1	1
115	2	2	7	7
116	7	7	1	1
117	2	2	1	1
118	2	2	7	3
119	2	2	7	7
120	2	2	3	3
121	2	2	7	7
122	2	2	7	7
123	8	8	7	7
124	8	8	3	3
125	7	7	1	1
126	7	7	1	1
127	7	7	1	1
128	1	1	1	1
129	1	1	1	1
130	7	7	1	1
131	1	1	1	1
132	1	1	1	1
133	7	7	1	1
134	1	1	1	1
135	7	7	1	1
136	7	7	1	1
137	7	7	1	1
138	1	1	1	1
139	2	2	1	1
140	2	2	7	7
141	2	2	7	7
142	2	2	7	7
143	2	2	7	7
144	2	2	7	7
145	2	2	7	3
146	2	2	7	7
147	2	2	7	7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A observador 1 (tratamiento)
B observador 2 (tratamiento)
C observador 1 (paciente)
D observador 2 (paciente)

registro del paciente José Luis
(segunda sesión)

150

	A	B	C	D
148	2	2	7	7
149	2	2	7	7
150	2	2	7	7
151	2	2	7	3
152	2	2	7	7
153	2	2	7	7
154	2	2	3	3
155	8	8	7	7
156	7	7	1	1
157	1	1	1	1
158	3	3	1	1
159	1	1	1	1
160	5	5	1	1
161	5	5	3	3
162	1	1	1	1
163	1	1	1	1
164	7	7	1	1
165	7	7	1	1
166	1	1	1	1
167	7	7	1	1
168	7	1	1	1
169	1	1	1	1
170	7	7	1	1
171	2	2	1	1
172	2	2	6	6
173	2	2	1	1
174	2	2	8	8
175	7	7	1	1
176	8	8	1	1
177	7	7	6	6
178	1	1	1	1
179	1	1	1	1
180	1	1	1	1
181	1	1	1	1
182	7	1	3	3
183	1	1	1	1
184	1	1	1	1
185	1	1	1	1
186	1	1	3	3
187	7	1	1	1
188	8	8	1	1
189	8	8	7	7
190	8	8	7	7
191	8	8	3	3
192	8	8	7	7
193	7	7	7	7
194	7	1	1	1
195	1	1	8	8
196	7	7	1	1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A observador 1 (terapeuta)
B observador 2 (terapeuta)
C observador 1 (paciente)
D observador 2 (paciente)

registro del paciente José Luis
(segunda sesión)

151

	A	B	C	D
197	2	2	1	1
198	1			1
199	1	1	1	1
200	1	1	1	1
201	1	7	1	1
202	7	7	1	1
203	1	1	1	1
204	1	1	1	1
205	2	2	1	1
206	7	7	3	3
207	1	1	8	8
208	1	1	1	1
209	1	1	1	1
210	1	1	1	1
211	7	7	1	1
212	1	1	1	1
213	2	2	7	7
214	2	2	7	7
215	2	2	7	7
216	2	2	7	7
217	2	2	1	1
218	2	2	7	7
219	2	2	7	7
220	2	2	7	7
221	2	2	7	7
222	2	2	3	3
223	2	2	7	7
224	2	2	7	7
225	2	2	7	7
226	2	2	7	7
227	2	2	7	7
228	1	1	5	5
229	1	1	1	1
230	2	2	1	1
231	2	2	7	7
232	2	2	7	7
233	2	2	3	3
234	7	7	3	3
235	7	7	1	1
236	7	7	1	1
237	7	7	1	1
238	1	1	1	1
239	1	1	1	1
240	1	1	1	1
241	7	7	1	1
242	1	1	1	1
243	7	7	1	1
244	1	1	1	1
245	1	1	1	1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1 observador 1 (paciente)
2 observador 2 (paciente)
3 observador 1 (paciente)
4 observador 2 (paciente)

registro del paciente José Luis
(segunda sesión)

152

	A	B	C	D
246	7		3	3
247	1	1	1	1
248	2	2	1	1
249	2	2	7	7
250	7	7	1	1
251	1	1	1	1
252	7	7	1	1
253	1	1	1	1
254	7	7	1	1
255	7	7	1	1
256	7	7	1	1
257	7	7	1	1
258	7	7	1	1
259	7	7	1	1
260	1	1	1	1
261	7	7	1	1
262	1	1	1	1
263	3	3	1	1
264	3	3	1	1
265	3	3	1	1
266	1	1	1	1
267	1	1	1	1
268	1	1	3	3
269	7	7	1	1
270	7	7	1	1
271	7	7	1	1
272	7	7	1	1
273	7	7	1	1
274	7	7	1	1
275	1	1	1	1
276	1	1	1	1
277	1	1	1	1
278	7	7	1	1
279	1	1	1	1
280	1	1	1	1
281	1	1	3	1
282	1	1	1	1
283	8	8	7	7
284	8	8	7	7
285	8	8	3	3
286	8	8	7	7
287	1	1	7	7
288	1	1	6	6
289	7	7	1	1
290	7	7	1	1
291	7	7	1	1
292	8	8	1	1
293	8	8	7	7
294	8	8	7	7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A. observador 1 (terapeuta)
B. observador 2 (terapeuta)
C. observador 1 (paciente)
D. observador 2 (paciente)

registro del paciente José Luis
(segunda sesión)

153

	A	B	C	D
295	8	8	3	3
296	7	7	3	3
297	8	8	8	8
298	7	7	1	1
299	7	7	1	1
300	7	7	1	1
301	1	1	1	1
302	1	1	1	1
303	8	8	7	7
304	7	7	7	7
305	1	1	1	1
306	7	7	1	1
307	1	1	1	1
308	1	1	1	1
309	1	1	1	1
310	7	7	1	1
311	1	1	1	1
312	7	7	1	1
313	7	7	1	1
314	7	7	1	1
315	7	7	1	1
316	1	1	1	1
317	7	7	1	1
318	7	7	1	1
319	7	1	1	1
320	1	1	1	1
321	8	8	1	1
322	8	2	7	7
323	8	2	3	3
324	2	2	8	8
325	7	7	7	7
326	2	2	1	1
327	2	2	7	3
328	2	2	7	7
329	2	2	7	7
330	7	7	1	1
331	2	2	1	1
332	2	2	7	7
333	2	2	3	3
334	2	2	7	7
335	7	7	7	7
336	2	2	1	1
337	1	1	7	7
338	2	2	1	1
339	7	7	7	7
340	2	2	7	7
341	2	2	7	7
342	5	5	1	1
343	2	2	1	1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

X observador 1 (terapeuta)
O observador 2 (terapeuta)
A observador 1 (paciente)
D observador 2 (paciente)

registro del paciente Jose Luis
(segunda sesion)

	A	B	C	D
344	2	2	7	7
345	9	9	7	7
346	7	7	7	7
347	7	7	1	1
348	1	1	1	1
349	1	1	1	1
350	4	4	7	7
351	5	5	7	7
352	5	5	4	4
353	5	5	7	7
354	5	5	7	7
355	7	7	7	7

154

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A observador 1 (ocupante)
B observador 2 (ocupante)
C observador 1 (paciente)
D observador 2 (paciente)

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Terapeuta 1 *	198	100.0%	0	0%	198	100.0%
Terapeuta 2						

Terapeuta 1 * Terapeuta 2 Crosstabulation

Count

		Terapeuta 2							
		Apoyo	Enseñar	Preguntar	Estructurar	Confrontar /Desafiar	Hablar	Escuchar	Reformular
Terapeuta 1	Apoyo	34							
	Enseñar		31			1			
	Preguntar			12					
	Estructurar				2				
	Confrontar/Desafiar					8			
	Hablar						3		
	Escuchar	2					1	78	
	Reformular								19
Otros									
Total		36	31	12	2	9	4	78	19

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

153

Terapeuta 1 * Terapeuta 2 Crosstabulation

Count

		Terapeuta	
		Otros	Total
Terapeuta	Apoyo		34
1	Enseñar		32
	Preguntar		12
	Estructurar		2
	Confrontar/Desafiar		8
	Hablar		3
	Escuchar		81
	Reformular		19
	Otros	7	7
Total:		7	198

Symmetric Measures

		Value	Asymp Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	.974	.013	28.261	.000
N of Valid Cases		198			

a. Not assuming the null hypothesis

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis

TESIS CON
YALLA DE ORIGEN

156

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Paciente 1 * Paciente 2	198	100.0%	0	0%	198	100.0%

Paciente 1 * Paciente 2 Crosstabulation

Count

		Paciente 2						Total
		Intercambio	Evitación	Concesión	Interrupción	Escuchar	Otros	
Paciente 1	Intercambio	118						118
	Evitación		2					2
	Concesión	1		20	1	1		23
	Interrupción				1			1
	Escuchar	1		2		44		47
	Otros	1		1			5	7
Total		121	2	23	2	45	5	198

Symmetric Measures

		Value	Asymp Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	.929	.024	19.015	.000
N of Valid Cases		198			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

157

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
observ.1 * observ.1	355	100.0%	0	0%	355	100.0%

observ.1 * observ.1 Crosstabulation

Count

		observ.1							Total	
		Apoyo	Enseñar	Preguntar	Estructurar	Confrontar /Desafiar	Escuchar	Reformular		Otros
observ.1	Apoyo	87						1		88
	Enseñar		68							68
	Preguntar			13						13
	Estructurar				1					1
	Confrontar/Desafiar					12				12
	Escuchar	5						134		139
	Reformular		2						30	32
	Otros								2	2
Total		92	70	13	1	12	135	30	2	355

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	.970	.011	33.179	.000
N of Valid Cases		355			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

158

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
cliente2 * cliente2	355	100.0%	0	0%	355	100.0%

cliente2 * cliente2 Crosstabulation

Count

		cliente2							Total
		Intercambio	Concesión	Preguntar	Interrupción	Negación	Escuchar	Otros	
cliente2	Intercambio	236							236
	Concesión	1	23						24
	Preguntar			1					1
	Interrupción				1				1
	Negación					4			4
	Escuchar		4				79		83
	Otros							6	6
Total:		237	27	1	1	4	79	6	355

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	.972	.012	24.663	.000
N of Valid Cases		355			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

159

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
observ.2 * observ.2	335	99.7%	1	3%	336	100.0%

observ.2 * observ.2 Crosstabulation

Count

		observ.2							Total	
		Apoyo	Enseñar	Preguntar	Estructurar	Confrontar/Desafiar	Escuchar	Reformular		Otros
observ.2	Apoyo	28					2	1		31
	Enseñar		81					1		82
	Preguntar			13						13
	Estructurar				10					10
	Confrontar/Desafiar					3				3
	Escuchar	1					90			91
	Reformular							93		93
	Otros								12	12
Total		29	81	13	10	3	92	95	12	335

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	.981	.009	34.904	.000
N of Valid Cases		335			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

160

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
cliente2 * cliente2	336	100.0%	0	0%	336	100.0%

cliente2 * cliente2 Crosstabulation

Count

		cliente2					Total
		Intercambio	Concesión	Preguntar	Interrupción	Escuchar	
cliente2	Intercambio	133					133
	Concesion	1	85			7	93
	Preguntar			2			2
	Interrupción				1		1
	Escuchar	2	4			93	99
	Otros					1	7
Total		136	89	2	1	101	336

Symmetric Measures

		Value	Asymp Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	.934	.017	25.552	.000
# of Valid Cases		336			

a. Not assuming the null hypothesis

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

161

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
terap2 * terap2	292	100.0%	0	0%	292	100.0%

terap2 * terap2 Crosstabulation

Count

		terap2							Total	
		Apoyo	Enseñar	Preguntar	Estructurar	Confrontar /Desafiar	Escuchar	Reformular		Otros
terap2	Apoyo	33								33
	Enseñar		101	1						102
	Preguntar			30						30
	Estructurar				2					2
	Confrontar/Desafiar					3				3
	Escuchar	2					57			59
	Reformular	1						59		60
	Otros								3	3
Total:		36	101	31	2	3	57	59	3	292

Symmetric Measures

		Value	Asymp Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	.982	.009	32.835	.000
N of Valid Cases		292			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

COPIA CON
FALSA DE ORIGEN

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
cliente2 * cliente2	292	100.0%	0	0%	292	100.0%

cliente2 * cliente2 Crosstabulation

Count

		cliente2						Total
		Intercambio	Evitación	Concesión	Preguntar	Escuchar	Otros	
cliente2	Intercambio	117						117
	Evitación		3					3
	Concesión			83		2		85
	Preguntar				1			1
	Escuchar	1		3		80		84
	Otros						2	2
Total		118	3	86	1	82	2	292

Symmetric Measures

		Value	Asymp Std. Error ^a	Approx T ^b	Approx Sig
Measure of Agreement	Kappa	.969	.012	24.262	.000
N of Valid Cases		292			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

163