

CUESTIONES OLVIDADAS EN LA TERAPIA CONDUCTUAL: LAS HABILIDADES DEL TERAPEUTA

Maria Luiza Marinho
Universidade Estadual de Londrina (Brasil)

Vicente E. Caballo
Universidad de Granada (España)

Jocelaine M. Silveira
Universidade Estadual de Londrina (Brasil)

Resumen

En la terapia conductual las variables del terapeuta pasaron a ser un tema de interés para los estudios empíricos solamente cuando los investigadores encontraron que dichas variables explicaban, en parte, los resultados del tratamiento. Sin embargo, a pesar de estos hallazgos, los cursos para formar terapeutas conductuales siguen prestando más atención a la adquisición de información relativa a las técnicas de tratamiento y dejan en un segundo plano el entrenamiento de las habilidades relevantes para la competencia profesional. En un momento en el que se ha comprobado la eficacia de muchos programas de tratamiento cognitivo-conductual, un paso importante para el avance de esta perspectiva de intervención sería un mayor conocimiento sobre las habilidades que caracterizan a los terapeutas competentes y la forma de entrenarlas. Con esta idea en mente, el presente artículo tiene por objetivo describir algunas habilidades del terapeuta consideradas relevantes en la práctica de la terapia comportamental con adultos y con niños, en especial aquellas relativas al desarrollo de un contexto terapéutico adecuado. Se presentan y ejemplifican las habilidades para el establecimiento de la alianza terapéutica con adultos y las habilidades adicionales que el terapeuta debe presentar para el establecimiento de la relación terapéutica con niños. Se espera que este trabajo aporte su grano de arena al conocimiento de algunas de las habilidades concretas que los terapeutas de conducta deben desarrollar para realizar una práctica terapéutica eficiente.

PALABRAS CLAVE: Habilidades del terapeuta, terapia de conducta, entrevista con adultos, entrevista con niños.

Abstract

In behavior therapy, it was only when researchers found that therapist's variables partly explained the outcome of treatments that these variables became a topic of interest for empirical studies. However, in spite of these findings, the courses regarding the formation of behavior therapists still pay more attention to the acquisition of information, disregarding the training in relevant skills for professional competence. At this moment many behavioral treatment programs have been tested and evaluated regarding their effectiveness, but the forgotten question of therapists skills and how to train them remains unresolved in the clinical field. In order to fill this gap, the goal of the present work is to describe some relevant skills for the practice of behavior therapy with adults and children, particularly those related to the promotion of an appropriate therapeutic rapport. Some skills related to the therapeutic alliance with adults and children are presented. In addition, some significant skills for the assessment and treatment of child disorders are also described. It is expected that this work help behavior therapists working with adults and/or children to learn about some of the necessary skills to be developed in order to implement an effective therapeutic behavioral practice.

KEY WORDS: *Therapist' skills, behavior therapy, interview with adults, interview with children.*

Introducción

El campo de la investigación en psicoterapia se encuentra actualmente en una fase en la que se ha podido demostrar la eficiencia (Seligman, 1996) y la eficacia (véase Kendall y Chambles, 1998; Nathan y Gorman, 1998 para una revisión del área) de los tratamientos en relación con un amplio número de problemas infantiles, adolescentes y adultos. Sin embargo, se ha demostrado que algunos terapeutas logran mejores resultados que otros (Huppert *et al.*, 2001; Shaw *et al.*, 1999). Esto sugiere que la eficacia y la eficiencia dependen no sólo del tratamiento seleccionado y de las características del paciente, sino también de las variables del terapeuta.

En la terapia de conductual, las cuestiones empíricas relacionadas con la variable terapeuta permanecieron olvidadas durante el periodo en el que la principal preocupación estuvo centrada en la aplicación de los principios del aprendizaje a los cambios de la conducta humana. Solamente cuando los investigadores encontraron que las variables del terapeuta explicaban, en parte, los resultados del tratamiento, dichas variables pasaron a ser un centro de interés para los estudios empíricos (Ferster, 1979; Kohlenberg y Tsai, 1991).

Aunque algunos psicoterapeutas obtienen mejores resultados que otros de manera consistente (Blatt, Sanislow III, Zuroff y Pilkonis, 1996), es importante identificar las principales características de los terapeutas más eficaces para poder entrenarlas. Algunas investigaciones indican que los mejores predictores de la eficacia se refieren a variables relacionadas con el proceso de la terapia (es decir, que ocurren durante el curso de la sesión terapéutica) más que a características extra-terapia del terapeuta (como adaptación emocional) o a atributos globales (como credibilidad)

(Lafferty, Beutler y Crago, 1989; Beutler *et al.*, 1986). Así, los hallazgos actuales han demostrado que la empatía del terapeuta diferencia significativamente entre terapeutas más y menos eficaces (Lafferty, Beutler y Crago, 1989); que la calidad de la alianza terapéutica está significativamente asociada con los resultados del tratamiento (Horvath y Symonds, 1991; Horvath y Luborsky, 1993; Krupnick *et al.*, 1996) y que la experiencia (definida como años de práctica como terapeuta) está asociada significativamente a las ganancias de los resultados, incluso comparando terapeutas que siguen un manual de tratamiento y bajo supervisión continua (Huppert *et al.*, 2001).

A pesar de estos hallazgos y del interés generalizado en relación con la preparación adecuada de los psicoterapeutas para que atiendan a las exigencias actuales del contexto social y económico, los estudios sobre la variable «terapeuta» siguen siendo incipientes, pocos investigadores la han considerado prioritaria en sus estudios. Algunos artículos sobre entrenamiento de terapeutas publicados recientemente (Armenti, 1998; Bernal y Castro, 1994; Brantley y Applegate, 1998; Carey, Bradizza, Stasiewicz y Maisto, 1999; Carlson, Brack, Laygo, Cohen y Kirkscey, 1998; Cherry, Messenger y Jacoby, 2000; Cone, Alexander, Lichtszajn y Mason, 1996; Cummings, 1995; Donn, Routh y Lunt, 2000; Holcomb-McCoy y Myers, 1999; Masia, Anderson, McNeil y Hawkins, 1997; McRae y Johnson, 1991; Prieto y Scheel, 2002; Safren, 1999; Strosahl, Hayes, Bergan y Romano, 1998; Twilling, Sockell y Sommers, 2000) abordan esencialmente cuestiones relacionadas con el contexto de los sistemas educativo y de salud estadounidenses, siendo difícil de generalizar a otros contextos. Además, los cursos de formación de terapeutas conductuales siguen prestando más atención a la adquisición de información, dejando en un segundo plano el entrenamiento de habilidades relevantes para la competencia profesional. Aparentemente todavía impera en los medios académicos la creencia, que históricamente desanimó el estudio de las habilidades del terapeuta, de que la terapia es una especie de arte y no de ciencia y que ser un buen terapeuta es un talento innato (Shirk y Phillips, 1991; Weisz, Donenberg, Hann y Weiss, 1995). Este tipo de creencia fue puesta en entredicho por los resultados de algunos estudios empíricos sobre el entrenamiento de terapeutas comportamentales (p.ej., Bootzin y Ruggill, 1988), que indicaban que estos profesionales pueden ser entrenados eficazmente en diversas habilidades específicas. Así, algunos autores sugieren que el entrenamiento del clínico comportamental debe ser multidimensional: los terapeutas deben dominar los métodos y los procesos de evaluación; formular los casos utilizando recursos variados; ser capaces de obtener informaciones precisas, relevantes y válidas; conocer y dominar procedimientos específicos de intervención; y, por fin, desarrollar las habilidades que contribuyan a la construcción de la alianza terapéutica (Bootzin y Ruggill, 1988; McRae y Johnson, 1991). En resumen, según Shaw *et al.* (1999), el terapeuta debe desarrollar las habilidades de proporcionar un adecuado contexto terapéutico, conceptualizar el problema del paciente bajo una estructura teórica específica y aplicar técnicas o métodos consistentes con los objetivos del tratamiento. Estas habilidades pueden favorecer la consecución de resultados favorables a la intervención terapéutica. Por lo tanto, si se considera que la terapia eficaz es función de *quien aplica qué tipo de tratamiento*

en *qué* individuo con *qué* tipo de problema y en *qué* contexto (Shirk y Phillips, 1991), es imprescindible, para la mejoría de la práctica de la psicología clínica, el conocimiento sobre las habilidades de los terapeutas competentes y la forma de entrenarlas.

El presente artículo tiene por objetivo conceptualizar y describir algunas de las habilidades del terapeuta consideradas relevantes para la práctica de la terapia comportamental con adultos y con niños, en especial aquellas relacionadas con el desarrollo de un contexto terapéutico adecuado. Se presentan y ejemplifican las habilidades para el establecimiento de la alianza terapéutica y se describen algunas habilidades relevantes para la evaluación y el tratamiento de problemas infantiles. Se espera que el trabajo contribuya a que los terapeutas conductuales que trabajan con adultos y/o con niños conozcan algunas de las habilidades concretas que deben desarrollar y poner en práctica para realizar una práctica terapéutica eficiente.

El concepto de habilidad

Una habilidad es la capacidad de hacer algo bien y se desarrolla a través del conocimiento y la práctica (Watson y Tharp, 1985) (p.ej., una persona que es capaz de tocar bien el piano —habilidad en el uso de un instrumento musical— tiene que haber aprendido una serie de conocimientos sobre música y sobre el propio instrumento, además de haber practicado el uso del piano y tocar composiciones específicas). Esa idea de habilidad implica un comportamiento que está adaptado a un evento particular o a una situación específica (p.ej., no se espera que el pianista habilidoso sea también habilidoso en tocar la guitarra eléctrica o en hablar diversos idiomas sin haberlos estudiado y practicado). Por otra parte, aunque específica, una conducta habilidosa debe poder generalizarse a diversas variaciones de la misma situación (siguiendo el ejemplo planteado, se espera que el pianista sepa tocar al piano en situaciones diferentes, con o sin audiencia, en el piano en el que entrenó y en otros, etc.) (Fischer, 1980).

De acuerdo con el análisis conductual, una habilidad es un comportamiento complejo, aprendido bajo determinadas condiciones. En general, una habilidad es una cadena de respuestas (públicas y/o encubiertas) que pueden ser analizadas funcionalmente. Esta conceptualización de habilidad choca con la creencia del sentido común sobre su origen innato. Un análisis científico indica que las personas difieren en sus capacidades o aptitudes (variabilidad genética) para ciertas áreas, de modo que aprender ciertas habilidades pueda ser bastante más fácil para unos que para otros (aunque las contingencias ontogenéticas —contingencias de la historia personal de cada uno— también pueden contribuir a esa facilidad o dificultad) (Skinner, 1991). Pero, de todas formas, con o sin aptitud personal, las habilidades deben ser aprendidas y practicadas. De este modo, si una persona practica ciertos comportamientos mientras que otra no lo hace, se espera que la persona que ha realizado la práctica se vuelva más habilidosa que la que no practicó esos comportamientos.

El comportamiento del terapeuta

Como se ha comentado anteriormente, la profesión de terapeuta implica un amplio conjunto de actividades que deben ser realizadas con competencia con el fin de contribuir a los buenos resultados terapéuticos. Algunos autores (p.ej., McRae y Johnson, 1991; Bootzin y Ruggill, 1988) sugieren que, por el hecho de que la terapia comportamental sea aplicada a diversos problemas, poblaciones y contextos, el clínico debe implicarse en un complejo proceso de solución de problemas y toma de decisiones en que haya continua relación entre obtención de información, formulación de objetivos de tratamiento y retroalimentación de las intervenciones. El concepto de habilidad, tal y como se ha presentado anteriormente, puede utilizarse cuando se trata del comportamiento del terapeuta, ya que éste debe ser aprendido y practicado. Una revisión de la literatura sobre evaluación empírica del entrenamiento de terapeutas conductuales ofrece pruebas de esto: los terapeutas pueden ser entrenados eficazmente en diversas habilidades específicas (Silveira, 2003; Bootzin y Ruggill, 1988).

En el presente artículo hemos elegido llamar *habilidades* a los comportamientos técnicos del terapeuta, con el fin de poner de manifiesto que esas respuestas se han de practicar para que se observe una mejoría en su manifestación. El aumento del conocimiento sobre tales conductas es importante, aunque no suficiente, para su aprendizaje y presentación de forma adecuada. Esta es una cuestión nuclear en el desarrollo de las habilidades terapéuticas, es decir, la necesidad de conocimiento y práctica de comportamientos específicos (p.ej., comportamientos para el establecimiento de la alianza terapéutica, para llevar a cabo la terapia con poblaciones específicas, como adultos, niños, parejas; para la terapia individual *versus* terapia en grupo, etc.). Si consideramos estos comportamientos técnicos como habilidades, se puede decir que algunas de ellas son más básicas o generales, necesarias en todos los procesos terapéuticos, como, por ejemplo, la habilidad para establecer una adecuada relación terapéutica (Krupnick *et al.*, 1996; Horvath y Luborsky, 1993), para elegir estrategias de identificación del problema (Bergan y Tombari, 1976), para tomar decisiones a lo largo del proceso terapéutico (Bootzin y Ruggill, 1988), para facilitar que el paciente describa contingencias (Robinson, Froehle y Kurpius, 1979; Eisenberg y Delaney, 1970), etc. Otras habilidades parecen ser más específicas (su aplicación depende del tipo de paciente tratado, de las técnicas de intervención elegidas, del formato de las sesiones, etc.). Por ejemplo, se recomienda un elevado grado de directividad a los terapeutas de pareja, de habilidades para conducir actividades lúdicas en los terapeutas de niños (Guerrelhas, Bueno y Silveira, 2000; Rayfield, Monaco y Eyberg, 1999), etc.

Seguidamente se presentan algunas habilidades básicas del terapeuta de conducta que trabaja con adultos y otras habilidades específicas del terapeuta conductual infantil. Las habilidades terapéuticas básicas están presentadas resumidamente en la Tabla 1. Se refieren principalmente a los comportamientos necesarios para el establecimiento de una adecuada relación terapéutica, relacionados con la escucha adecuada y la demostración de comprensión.

Habilidades para el establecimiento de una relación terapéutica adecuada: comportamientos de escucha y de demostración de comprensión

Las habilidades generales del terapeuta cómo hablante y oyente son imprescindibles para favorecer la creación de una relación próxima y cálida con el paciente. Con el fin de que el terapeuta sea percibido como buen oyente, debe conocer, perfeccionar, practicar y dominar las habilidades a la hora de demostrar actitud de respeto, aceptación y empatía hacia el paciente, presentar disponibilidad y estar atento al paciente durante todo el curso de la sesión, presentar posturas corporales y elementos paralingüísticos adecuados y hacer preguntas abiertas. Además de éstas, las habilidades de parafrasear lo que dice el paciente, reflejar sus sentimientos, demostrar comprensión de su contexto de vida y manejar sus conductas de escape/evitación complementan el listado de comportamientos del terapeuta relevantes para establecimiento de la alianza terapéutica.

Demostrar una actitud de respeto y aceptación

Las habilidades de demostrar respeto y aceptación con respecto al paciente como persona, conforme se encuentra descrito en la Tabla 1, son esenciales para el desarrollo de los objetivos del trabajo. Respetar al paciente significa valorar su individualidad y aceptarlo cómo ser humano distinto y con derecho a sus propios pensamientos y sentimientos, permitiéndole crecer en sus propios términos, sin explotación y control (Nelson-Jones, 1997).

Paciente: *Prefiero otro horario para venir a las sesiones. No suelo hacer ninguna actividad física o mental durante las dos horas después de la comida.*

T_A: *No te preocupes, ¡no pasará nada! Mantengamos el horario para que pruebes y en la próxima semana volveremos a hablar de eso si sigues deseando cambiar, ¿vale?*

.....

T_B: *No hay problema. Podemos mirar en la agenda y elegir otro horario.*

La respuesta del Terapeuta A (T_A) no respeta la preferencia del paciente. Aunque pueda ser necesario enfrentar al paciente con determinadas ideas poco razonables o supersticiosas, no aceptar su punto de vista no es terapéutico en ese sentido. La conducta del Terapeuta B (T_B) es más adecuada y el paciente se sentirá más respetado.

Niño: *Me gustaría sacar siempre sobresaliente.*

T_{A/B}: *¿Por qué?*

Niño: *Porque me gusta lucirme.*

T_A: *Sacar sobresaliente es agradable, pero no es lo más importante.*

Niño: (silencio)

.....

T_B: *¿Te gustaría que la gente te viera cómo un chico muy inteligente?*

Niño: *Sí, me gustaría mucho.*

Tabla 1
Habilidades del terapeuta conductual relacionadas con el establecimiento de la relación terapéutica

Habilidades de escucha y de demostración de comprensión	Descripción	Observaciones/Ejemplos
1 Actitud de respeto y aceptación	Habilidad para ver a los demás como son y valorar su individualidad. Respetar al paciente como ser humano separado y con derecho a sus propios pensamientos y sentimientos, permitiéndole crecer en sus propios términos, sin ser explotado y controlado.	Implica aceptar que no hay una única manera de pensar o actuar que sea válida y positiva.
2 Mantener la atención dirigida al paciente	Habilidad para mantener atención concentrada en el paciente durante los 50-60 minutos de una sesión terapéutica.	Implica el autocontrol del terapeuta (a través del control de estímulos) para no distraerse.
3 Empatizar	Habilidad para comprender los sentimientos y la perspectiva de la otra persona, experimentar una respuesta emocional concordante con la del paciente (p.ej., tristeza del paciente → compasión o preocupación del terapeuta) y comunicar ese sentimiento de forma sensible.	P.ej., «Te sientes apreciado y feliz porque tu hija te telefonó en tu cumpleaños.»
4 Presentar elementos corporales adecuados	Habilidad para transmitir receptividad e interés a través de señales no verbales.	Balaceo de la cabeza, mirar al paciente, inclinar el cuerpo ligeramente hacia delante, etc.
5 Presentar elementos paralingüísticos adecuados	Habilidad para incrementar el clima emocional de la relación terapéutica a través del control de los elementos paralingüísticos: latencia, velocidad, tono, énfasis, fluidez, tiempo de habla, claridad, velocidad.	Hablar con volumen y tono de voz agradable, de manera expresiva, con velocidad normal; no hablar más que el paciente, etc.
6 Hacer preguntas abiertas	Habilidad para obtener datos e indicar al paciente su interés en oírle a través del uso de preguntas abiertas.	Cuestiones que empleen con «¿Como...?», «Qué...?» P.ej., «Por favor, explícame ¿qué es lo que te ha llevado a buscar ayuda?»
7 Parafrasear	Habilidad para reflejar información a través de la repetición del contenido dicho por el paciente. En la reproducción se puede o no utilizar las mismas palabras, pero el sentido debe ser el mismo.	Paciente: No consigo sacar las buenas calificaciones que sacaba antes. Terapeuta: No estás consiguiendo sacar buenas calificaciones como antes.
8 Reflejar sentimientos	Habilidad para hacer consideraciones contextuales relevantes con el fin de comprender al paciente e identificar y aclarar sus problemas. Se basa en informaciones verbales y no verbales presentadas por el paciente.	Paciente: Me gusta el curso que hago, pero no estoy tan seguro de qué es lo que quiero. Terapeuta: Te gusta el curso que haces, estudias cosas que valdras mucho. Pero, por otra parte, te sientes inseguro sobre si es la profesión que quieres, ya que puede que exija unos cambios importantes en tu estilo de vida.
9 Mostrar comprensión del contexto	Habilidad para comprender los contextos de vida del paciente y sus problemas.	Algunos ejemplos de áreas que deben ser comprendidas incluyen el contexto cultural, racial, las reglas de la clase social, las influencias del contexto familiar, diferentes perspectivas en función del sexo, orientación sexual, edad, grupo de referencia, contexto religioso, etc.
10 Manejar conductas de escape/evitación del paciente	Habilidad para identificar la ocurrencia de conductas de escape/evitación del paciente, analizar sus causas y presentar conductas capaces de disminuirla o terminarla.	Incluye, p.ej., reflejar al paciente sus comportamientos de escape/evitación; permitir que se hable en la sesión sobre sus evitaciones y miedos, implicarle como miembro activo en la tarea de descubrir las causas de sus problemas y en la definición de las alternativas para solucionarlos; ayudarle a identificar sus propias razones para participar en la terapia, etc.

Aquí igualmente el T_A presenta una conducta que demuestra una falta de aceptación del punto de vista del paciente. Por otra parte, el T_B demuestra aceptar y comprender al niño, facilitando la interacción entre ellos.

En la terapia con niños, la habilidad de demostrar respeto y aceptación incluye también, por ejemplo, dejar que el niño elija con qué quiere jugar, traer un juguete suyo para la sesión, etc. Esta actitud puede contribuir a disminuir la ansiedad del niño y aumentar su sentimiento de control de la situación que, al principio, puede ser percibida como amenazante.

Hay variables que pueden dificultar que el terapeuta se comporte demostrando actitud de respeto y aceptación. La principal se refiere al rechazo al paciente debido a determinadas características de éste. El terapeuta puede presentar prejuicios en grado variable y debido a diferentes causas (sexo, clase social, raza, cultura, incapacidad física, inteligencia, orientación sexual, etc.) que pueden dificultar su relación con el paciente. El rechazo del paciente por parte del terapeuta será percibido a través de aspectos inadecuados en las conductas de escucha apropiada (p. ej., poca empatía, posturas corporales de distanciamiento, etc.) y dificultades para demostrar comprensión. El terapeuta debe ser consciente de las reacciones producidas por el paciente y afrontar las situaciones en las que tenga lugar esos prejuicios. Tiene que trabajar para cambiar sus cogniciones negativas hacia determinadas características o situaciones o, en la imposibilidad de lograr esos cambios, derivar el paciente a otro terapeuta. En ese último caso, es importante buscar ayuda de un supervisor experimentado o hacer terapia personal y evaluar el impacto de ese impase sobre su conducta profesional.

Mantener la atención dirigida al paciente

Mantener la atención se refiere a la habilidad para centrarse en el paciente durante los 50-60 minutos que dura una sesión terapéutica. Algunos terapeutas suelen divagar algunos episodios cortos (unos pocos segundos) durante la sesión, pero que pueden ser suficientes para comprometer su capacidad de escucha.

EJEMPLO

(Niño y terapeuta jugando)

T (distráido)

Niño: *Eh, ¿no vas a jugar? ¡Te toca a tí!*

T: *Ah, sí, claro.*

Hay variables que pueden funcionar como distractores y dificultar que el terapeuta se concéntrate durante toda la sesión. Algunos ejemplos son:

- a) *el terapeuta sufre reacciones emocionales durante la sesión.* Algunos ejemplos de reacciones emocionales perjudiciales para la interacción con el paciente son la ansiedad, el miedo, la ira, el desamparo, la frustración. Pueden ocurrir por diversos motivos: dificultades del terapeuta frente a la

expresión de determinados sentimientos (p. ej., alegría, tristeza, lloro); emociones desencadenadas por determinadas palabras, frases o actitudes presentadas por el paciente (p. ej.: comentarios prejuiciosos o sexistas, frases dirigidas al terapeuta como «usted no me comprende», «continúo fatal», «no estoy seguro de que la terapia me esté siendo de ayuda», etc.); o variables situacionales (paciente que llega tarde o falta a la sesión sin justificación, grabación de la sesión para supervisión, pensar que el progreso está siendo lento, no haberse preparado suficientemente para la sesión, etc.);

- b) *preocupación con problemas personales no resueltos*: durante la sesión, el terapeuta puede tener constantes pensamientos sobre problemas personales o temas que debe resolver, de forma que no se encuentre totalmente disponible para el paciente. Por ejemplo: recuerdos de escenas de una discusión con su pareja en la noche anterior; preocupaciones financieras, de salud, etc.
- c) *dificultad en concentrarse debido a barreras físicas*: mucho calor o frío, ruido, poca privacidad, iluminación pobre, silla incómoda.
- d) *cansancio*: el exceso de trabajo o las horas insuficientes de sueño son algunas variables que dificultan el mantenimiento de la atención durante largos periodos de tiempo.

Para afrontar estos obstáculos, el terapeuta debe ser consciente de su proceso de atención durante la sesión (es decir, percibir si ocurren divagaciones, su frecuencia y su duración) e intentar voluntariamente volver al momento presente de la sesión cuando percibe que está distraído. Además, puede controlar determinadas variables ambientales con el fin de prevenir que funcionen como elementos distractores. Algunos ejemplos son: planificar la sesión, llegar a la consulta con antelación suficiente, establecer un horario para resolver/pensar sobre problemas personales urgentes, organizar el ambiente físico de forma que sea cómodo y adecuado a la actividad, etc. La identificación de las variables que contribuyen a aumentar la posibilidad de distracciones durante la sesión es un paso importante para buscar estrategias de prevención (control de estímulos).

Demostrar empatía

Empatía es una habilidad compleja. Incluye comprender correctamente los sentimientos y la perspectiva de la otra persona, experimentar una respuesta emocional concordante con la del paciente (compasión, simpatía, etc.) y la capacidad de transmitir un reconocimiento explícito y una elaboración de los sentimientos y de la perspectiva de la otra persona (Falcone, 2001). Las verbalizaciones más empáticas son las centradas en el otro: describen y explican sus sentimientos y las situaciones que los producen, son neutrales y aceptan y legitiman el sentimiento del otro. Los terapeutas menos sensibles se concentran en el evento en sí, imponen su propio punto de vista, pasan por algo o ignoran los sentimientos y la perspectiva de la otra persona, intentan minimizar el problema o se centran en decir al otro qué es lo que debe hacer (Falcone, 2001).

Cormier y Cormier (2000) afirman que transmisión de la empatía implica mostrar deseos de comprender, tratar lo que es importante para el paciente y usar respuestas verbales referentes a los sentimientos del mismo. Basándose en el Inventario Discriminativo de Carkhuff y Pierce (1975), presentan las respuestas empáticas del terapeuta en un continuum (desde el nivel 1 hasta el nivel 5):

- Nivel 1. La respuesta del terapeuta es una pregunta, una negación o una recomendación. No hay comprensión o dirección sobre cómo actuar.
- Nivel 2. La respuesta del terapeuta sólo subraya el contenido cognitivo del mensaje del paciente; se ignoran los sentimientos.
- Nivel 3. La respuesta del terapeuta es un reflejo del sentimiento y del significado basado en el mensaje explícito del paciente. Hay comprensión, pero no dirección.
- Nivel 4. La respuesta del terapeuta identifica los sentimientos y el déficit implícito del paciente. Implica comprensión y algo de dirección.
- Nivel 5. La respuesta del terapeuta incluye todo del nivel 4 y como mínimo un paso activo que la persona puede adoptar para superar el déficit y lograr el objetivo.

Cormier y Cormier (2000) consideran que el nivel 3 es el mínimo aceptable como respuesta del terapeuta. El ejemplo que sigue presenta los cinco niveles de respuesta:

- Niño: *¡Ya no hay tiempo para jugar! Tengo que ir a clase todas las mañanas y pasar cuatro horas en la escuela y los lunes y martes también por la tarde. ¡Y tengo todavía clases de inglés los miércoles!*
- T_A (nivel 1): *Puedes jugar los fines de semana.*
- T_B (nivel 2): *Tienes dificultades para encontrar tiempo en el que hacer otras cosas distintas de estudiar.*
- T_C (nivel 3): *Te sientes frustrado porque con tantas actividades escolares apenas juegas.*
- T_D (nivel 4): *Te sientes frustrado porque con tantas actividades escolares apenas juegas. Te gustaría encontrar tiempo para estar con tus amigos.*
- T_E (nivel 5): *Te sientes frustrado porque con tantas actividades escolares apenas juegas. Te gustaría encontrar tiempo para estar con tus amigos. Una manera de empezar a ver cómo encontrar horas de ocio durante la semana podría ser escribir todas tus actividades semanales y horarios en un papel.*

Presentar posturas corporales adecuadas

La postura corporal es la principal respuesta del terapeuta durante la verbalización del paciente. Para ser un oyente reforzante, el terapeuta debe indicar su receptividad e interés mientras el paciente habla. Con grados distintos, las características corporales del terapeuta como audiencia proporcionan recompensa no verbal para

que el paciente continúe hablando. Los principales elementos de una adecuada postura corporal son:

Expresión facial adecuada. Existe una gran evidencia de que la cara es el principal sistema de señales para mostrar las emociones, además de ser el área más importante y compleja de la comunicación no verbal y la parte del cuerpo que más de cerca se observa durante la interacción (Caballo, 1997). Hay seis principales expresiones de las emociones y tres áreas de la cara responsables de su manifestación. Las seis emociones son: alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira, asco/desprecio, y las tres regiones faciales, la frente/cejas, ojos/párpados y la parte inferior de la cara (Ekman y Friesen, 1975). El terapeuta debe tener conciencia de su expresión facial e intentar ajustarla para indicar que oye y comprende lo que el paciente está diciendo. Un ejercicio de aprendizaje interesante es analizar su propia expresión facial en video o fotos (incluso su expresión facial neutral, que en algunas personas demuestran tristeza o enfado) en situación natural y en grabaciones programadas en las que intenta deliberadamente expresar una emoción determinada a través de la cara.

Postura corporal receptiva. La postural corporal de las personas durante una interacción puede reducir la distancia. Las principales dimensiones de la postura de acercamiento son el inclinarse hacia delante, la proximidad física, la orientación directa y brazos y piernas en posición de apertura (Caballo, 1997). Además, posturas congruentes (iguales o como si fuese una imagen reflejada en el espejo) señalan que las personas comparten el mismo punto de vista. Así, una postura corporal relajada, abierta y congruente contribuye para indicar que el terapeuta está receptivo. Además, el terapeuta debe ser capaz de controlar voluntariamente su postura durante la sesión, evitando indicar desacuerdo y producir alejamiento.

Gestos adecuados. Un gesto es cualquier acción que envía un estímulo visual a un observador (Caballo, 1997). Los gestos son básicamente culturales. Quizá asentir con la cabeza sea el gesto más común en el oyente. Los asentimientos cortos demuestran atención continuada y los largos y repetidos indican concordancia (Argyle, 1992). Gestos inadecuados para la situación terapéutica, que pueden indicar al paciente que el terapeuta no escucha, incluyen el jugar con bolígrafos y lápices, las manos apretadas una contra la otra, jugar con el cabello, colocar la mano sobre la boca, tirarse del lóbulo de la oreja, rascarse, etc. (Nelson-Jones, 1997).

Sensibilidad al espacio personal. La escucha activa incluye el respecto al espacio personal del paciente, que varía de acuerdo con la cultura. El terapeuta no debe estar muy cerca o muy lejos, sino que debe encontrar una distancia cómoda para ambos. El acercarse demasiado puede ser percibido por el paciente como intrusión e incomodidad y demasiada lejanía como frialdad y distanciamiento emocional. Según Nelson-Jones (1997), ambos, terapeuta y paciente, deberían conversar estando con sus cabezas al mismo nivel. Algunos terapeutas se sientan en sillas más altas y más lujosas que el paciente, lo que puede transmitir un mensaje de superioridad o poder.

Uso apropiado del contacto físico. El tacto es el canal de comunicación más cuidadosamente vigilado y reservado, el más fuertemente proscrito y el menos utili-

zado. El uso del tacto en la interacción terapéutica puede ser apropiado, pero se debe garantizar que no sea una indeseable invasión del espacio personal del paciente. La intensidad o la duración inadecuados pueden generar incomodidad o incluso transmitir un mensaje de interés sexual. El contacto físico adecuado, en general, incluye darse la mano, tocarse la parte alta de la espalda o besarse la mejillas para saludarse, tocar levemente la mano o antebrazo del paciente como demostración de empatía.

Apariencia personal adecuada. La apariencia personal se refiere al aspecto exterior de una persona. Según Argyle (1978, p.44), «el principal fin de la manipulación de la apariencia es la autopresentación, que indica cómo se ve a sí mismo el que así se presenta y cómo le gustaría ser tratado». La apariencia se prepara con más o menos cuidado y tiene un poderoso efecto sobre las percepciones y reacciones de los demás. Las características de la apariencia personal ofrecen impresiones a los demás sobre el atractivo, el estatus, el grado de conformidad con las normas, la inteligencia, la personalidad, la clase social, el estilo y gusto, la sexualidad y la edad de ese individuo (Caballo, 1997). La apariencia personal del terapeuta es de gran importancia, ya que puede facilitar o dificultar el grado de comodidad del paciente en la sesión y afectar la posibilidad de que hable de determinados temas. Por ejemplo, un paciente con problemas financieros puede evitar hablar del tema si el terapeuta se presenta usando ropas demasiado suntuosas y caras; si el terapeuta se viste de manera muy formal, una paciente adolescente puede sentir que no va a comprender su liberalidad hacia el sexo, etc.

Presentar elementos paralingüísticos adecuados

Si se utilizan de forma adecuada, los componentes paralingüísticos pueden incrementar el clima emocional en la interacción terapéutica. Según Caballo (1997), los principales elementos paralingüísticos son:

La latencia. Es el intervalo temporal de silencio entre la terminación de una oración por un individuo y la iniciación de otra oración por un segundo individuo. Las latencias muy largas se perciben como conductas pasiva y las latencias muy cortas o las latencias negativas (interrupciones) se perciben normalmente como conducta agresiva (Caballo, 1997). En la relación terapéutica, el silencio puede contribuir a que el paciente siga hablando, pero hay momentos se espera claramente que haya una intervención por parte del terapeuta. En este puede generar impaciencia o ser percibido como propia incompetencia.

El volumen. Un volumen de voz moderado puede indicar agrado, actividad; un volumen bajo puede indicar sumisión o tristeza, mientras el volumen alto de voz puede indicar seguridad, dominio, extraversión y/o persuasión. Hablar demasiado alto sugiere agresividad, ira o tosquedad (Caballo, 1997).

El tono. Sirve para comunicar sentimientos y emociones. El tono áspero puede ser amenazante, el tono muy alto y la voz estridente pueden ser perturbadores. Tono e inflexión constantes pueden ser muy monótonos e indicar poco interés. Un tono óptimo incluye todos los niveles en los que una voz agradable puede ser emi-

tida sin cansar. La inflexión de voz produce distintos matices de significado de una misma frase al subrayar diferentes palabras.

El énfasis. Es importante que la voz del terapeuta sea expresiva, pero con mucha variación en énfasis el paciente puede percibir el terapeuta como controlador o melodramático; con poco énfasis, inexpressivo o distante.

La fluidez. Las vacilaciones, falsos comienzos y repeticiones, si son excesivos, pueden causar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad. El empleo excesivo de «palabras de relleno» (p.ej. «ya sabes», «bueno», «eh», «uhm») provocan percepciones de ansiedad o de aburrimiento (Caballo, 1997).

El tiempo de habla. Se refiere al tiempo que se mantiene hablando el individuo. Puede ser deficitario por ambos extremos, es decir, tanto si apenas habla como si habla demasiado. La gente que habla demasiado (80% del tiempo) son vistos como dominantes, descorteses, egoístas, atrevidos, fríos, poco atentos e inconsiderados. La gente que comparte bien el tiempo de habla es evaluada como agradable, cortés, atenta y cordial (Kleinke, Kahn y Tully, 1979). En el proceso terapéutico, el tiempo de habla del terapeuta no debería nunca sobrepasar el 50%.

La claridad. Se refiere a pronunciar adecuadamente las palabras. Algunas personas farfullan las palabras, hablan arrastrándolas, chapucean o hablan a borbotones o tienen un acento excesivo. Estos patrones del habla pueden ser desagradables para el oyente e interferir en el establecimiento de una adecuada relación terapéutica.

La velocidad. La velocidad del habla puede interferir en la comprensión y, además, conlleva señales psicológicas (p. ej., tristeza, aburrimiento *versus* animación, extraversión). Knapp (1982) señala que la velocidad normal del habla es de 125 a 190 palabras por minuto y que la comprensión comienza a disminuir cuando la velocidad se encuentra entre 275 y 300 palabras por minuto. Si se habla lentamente, el paciente puede impacientarse y aburrirse; por otra parte, si se habla muy rápidamente, podría tener dificultades para entender. Así que el terapeuta debe intentar valorar y controlar su velocidad de habla dentro del rango de tasa considerada adecuada.

Hacer preguntas abiertas

Aunque las preguntas cerradas tengan también su función en el proceso terapéutico, al hacer preguntas abiertas (que no permiten respuesta del tipo «sí» o «no») el terapeuta demuestra que está preparado e interesado en oír. Además, las preguntas abiertas estimulan al paciente a hablar más y ayudan a proporcionar informaciones más generales (Gongora, 2001).

EJEMPLO 1

T_A: *¿Cuándo aparece el insomnio, cuando te acuestas por la noche?*

Paciente: *No, en ese momento no.*

T_A: *¿No tienes problemas para conciliar el sueño cuando te acuestas?*

Paciente: *No, suelo dormir sin problemas cuando voy a cama.*

T_A: *Entonces, la dificultad para dormir aparece después. ¿Te despiertas después de haberte dormido?*

Paciente: *Sí, me despierto a las 4 ó 5 de la madrugada y no consigo volver a dormirme.*

.....

T_A: *¿Y el no dormir afecta a tu rendimiento?*

Paciente: *Sí.*

T_A: *¿Faltas a clase por ese problema?*

Paciente: *No, me controlo bastante bien.*

T_B: *Me gustaría que explicase cómo suele pasar eso del insomnio.*

Paciente: *Cuando me acuesto me duermo en seguida y luego, a las 4 o las 5 me despierto y comienzo a dar vueltas en la cama. Cuando una noche duermo mal, paso todo el día cansado. Entonces, a la noche siguiente duermo bien. Y como ya descanso esa noche, a la siguiente otra vez tengo los problemas de despertarme de madrugada.*

T_B: *¿Cómo afecta a tu vida esas crisis de insomnio?*

Paciente: *Primero, estoy todo el día cansado, no tengo el mismo rendimiento de antes. A veces creo que ahora me irrito demasiado y antes solía ser más tranquilo. Además, me siento afectado por no saber qué es lo que está pasando conmigo, por qué estoy así. Eso me preocupa bastante.*

EJEMPLO 2

T_A: *¿Y la relación con tus padres es normal?*

Adolescente: *Sí, normal.*

.....

T_B: *Explícame cómo es la relación con tus padres.*

Adolescente: *Con mi madre bien, siempre me está apoyando. Con mi padre, horrible. Siempre es muy exigente, nada de lo que hago le parece suficiente, siempre le parece que puedo hacer las cosas mejor. Si saco un nueve, dice '¿Por qué no has sacado un diez?' Creo que es como muchos padres, su objetivo es que yo saque las mejores notas.*

T_B: *¿Y cómo te sientes?*

Adolescente: *Hundido... eso es lo mejor que consigo hacer. Últimamente ya no tengo ninguna gana de estudiar. No sé qué hacer para que todo salga bien, para que él pare de hablar.*

EJEMPLO 3

T_A: *¿Te sientes deprimida?*

Paciente: *¡Hombre!, deprimida, no. Triste, sí.*

.....

T_B: *¿Cómo te sientes?*

Paciente: *En particular, siento tristeza y un echar de menos ciertas cosas en las cuales ya no sirve de nada detenerse a pensar, pero que, por otra parte, es inevitable a pesar del dolor implicado en ello.*

En los tres ejemplos los T_A presentan preguntas cerradas y generan menos explicación por parte del paciente. Los T_B plantean preguntas más adecuadas y, además de obtener datos más amplios, demuestran estar dispuestos a oír el paciente. Las preguntas cerradas son más adecuadas cuando se quiere confirmar la comprensión o detalles de una información ya presentada (p.ej., «Entonces, ¿la relación con tu padre es muy difícil mientras que con tu madre es de comprensión y apoyo?»).

Es importante que el terapeuta observe su patrón de interacción verbal con el paciente (por ejemplo, grabando en audio o video una sesión) y practique la formulación de preguntas abiertas.

Parafrasear

Parafrasear es la habilidad de reflejar información a través de la repetición de frases dichas por el paciente. Es un elemento que muestra al paciente que el terapeuta comprende lo que está diciendo. Se pueden usar las mismas palabras del paciente u otras diferentes, pero lo importante es reproducir el sentido de lo que el paciente dijo. Unas paráfrasis adecuadas pueden servir como espejo al habla del paciente y contribuir a que reflexione.

a) Parafrasear utilizando las palabras del paciente

EJEMPLO 1

Paciente: *Me siento muchas veces fuera de lugar, como que no me encuentro en mi sitio.*

T: *¿Te sientes fuera de lugar?*

EJEMPLO 2

Niño: *Él es mi mejor amigo y no me quiere perdonar.*

T: *¿Es tu mejor amigo y no te quiere perdonar?*

Cuando se hace una paráfrasis utilizando otras palabras, es importante intentar no cambiar el sentido de las palabras dichas por el paciente.

b) Parafrasear utilizando otras palabras

EJEMPLO 1

Paciente: *¡Si pudiera, no lo habría conocido jamás!*

T_A: *¿Te gustaría que él saliera de tu vida?*

.....

T_B: *¿Preferirías que él nunca hubiera sido parte de tu vida?*

El T_A presenta paráfrasis con cambio de sentido. El T_B parafrasea con mejor propiedad las palabras del paciente.

Reflejar sentimientos

Reflejar sentimientos habitualmente implica parafrasear, pero el terapeuta responde al sentimiento del paciente, no específicamente a sus palabras. Según Nelson-Jones (1998), reflejar sentimientos incluye: a) comprender los mensajes faciales, corporales, vocales y verbales del paciente, b) considerar el contexto y percibir los significados superficiales y ocultos del mensaje, c) responder de modo que exprese los sentimientos del paciente con otras palabras utilizando un lenguaje expresivo adecuado, cuidando especialmente no añadir ni quitar contenido o intensidad y, d) confirmar la precisión de la comprensión. Si el terapeuta refleja un sentimiento intenso (p.ej. devastado, trastornado) con palabras que indican sentimientos más leves (preocupado, indispuerto), cometería un error de intensidad.

EJEMPLO 1

Paciente: *Estoy exhausta con tantas peleas.*

T_A: *Estás enfadada con tantas peleas.*

.....

T_B: *Estás cansada con tantas peleas.*

.....

T_C: *Estás agotada con las discusiones constantes.*

EJEMPLO 2

Niño: *¡Hiervo si me contestan!*

.....

T_A: *Te aburres si te contestan.*

.....

T_B: *Te molesta que te contesten.*

.....

T_C: *Te sacan de tus casillas si te contestan.*

En los dos ejemplos, los T_A presentan paráfrasis con cambio de sentido y los T_B con cambio de intensidad. Los T_C presentan paráfrasis que describen mejor los sentimientos de los pacientes adultos e infantiles.

A veces, el paciente puede presentar varios grados de sentimientos mezclados. En estos casos, además de reflejar la intensidad de cada sentimiento, el terapeuta debe ser capaz de discriminar cuáles son los diferentes sentimientos y reflejarlos todos, sin quitar ni añadir contenido.

EJEMPLO

Paciente: *Me siento sola aquí. No tengo amigas, mis amigas están en mi ciudad. Estoy lejos de mi familia y el curso que hago no me está aportando nada nuevo. ¡No se qué hago aquí! Por otra parte, no puedo estar toda la vida allí, protegida.*

T_A: *¿Te sientes sola y no sabes qué estás haciendo aquí en esa ciudad?*

.....

T_B: *¿Te sientes sola, echas de menos a tus amigas y a tu familia? No tienes amigas aquí y no estás contenta con el curso que haces, pero deseas salir un poco de la situación protegida que tienes en tu ciudad. Así que estás confusa sobre qué estás haciendo en esta ciudad.*

El T_A resta contenido al reflejar los sentimientos del paciente. El T_B discrimina y refleja todos los sentimientos que el paciente expresa verbalmente y a través de su conducta no verbal.

Demostrar comprensión del contexto

El paciente y sus problemas no existen en el vacío. El terapeuta necesita presentar la habilidad de comprender los contextos del paciente y de sus problemas. Algunos ejemplos de áreas que deben ser comprendidas incluyen el contexto cultural, el racial, las reglas de la clase social, las influencias del contexto familiar, del trabajo, de los estudios, las diferentes perspectivas en función del sexo, de la orientación sexual, de la edad, del grupo de referencia, del contexto religioso, etc. Esa habilidad engloba también que el terapeuta sea capaz de evaluar en qué medida los problemas presentados por el paciente pueden derivarse de prejuicios personales o de la discriminación en estructuras institucionales (Nelson-Jones, 1998).

Manejar conductas de escape/evitación del paciente

La habilidad de manejar las conductas de escape/evitación del paciente incluye identificar su ocurrencia, analizar sus causas y presentar conductas capaces de reducirla o acabar con ella.

Las conductas de huida/evitación del paciente se pueden presentar en relación con el proceso terapéutico en general o con alguno de los procedimientos propuestos. Ejemplos de conductas de escape/evitación del paciente son el evitar hablar sobre determinados temas, retrasarse constantemente o faltar a las sesiones, ser agresivo o distante, no realizar las actividades propuestas, etc. Algunas variables relacionadas con el paciente y su contexto que pueden favorecer la presentación de esta clase de comportamientos incluyen el no haber buscado ayuda por decisión propia, sentirse ansioso sobre cambiar o sobre el proceso terapéutico, presentar dificultades para hablar de sí mismo, expectativas pesimistas sobre el tratamiento, ideas inadecuadas sobre cómo el terapeuta debe actuar, dificultades para comprender los procedimientos terapéuticos, etc.

Por otra parte, las habilidades terapéuticas insuficientes o inadecuadas y los prejuicios del terapeuta hacia el paciente pueden contribuir a que éste presente comportamientos de escape/evitación como no establecer una adecuada relación con el terapeuta y no participar activamente en el proceso de solución de sus problemas. Para afrontar estas dificultades, el terapeuta debe presentar habilidades de escucha adecuada y de demostración de comprensión; reflejar los comportamientos de

escape/evitación del paciente; permitir que se hable en la sesión sobre sus dudas y miedos; implicarle como miembro activo en la tarea de descubrir las causas de sus problemas y en la definición de las alternativas para solucionarlos; ayudarle a identificar sus propias razones para participar en la terapia; etc.

En la terapia infantil, Kanfer, Eyberg y Krahan (1992) señalan algunas estrategias para manejar la evitación del niño/niña. Sugieren que se presente de nuevo el tema del que el niño/niña ha evitado hablar y si la evitación persiste, abordar otro asunto y volver después al tema inicial. Además, se puede facilitar que el niño juegue mientras habla.

En el siguiente apartado se pasará a comentar algunas de las habilidades del terapeuta específicas para el trabajo con niños.

Habilidades del terapeuta conductual infantil

El entrenamiento de terapeutas conductuales infantiles es un procedimiento poco explorado, que ha atraído poca atención de investigadores, clínicos y profesores y cuya problemática eventualmente se confunde con el cuadro general de la formación de terapeutas conductuales (Silveira, 2003).

Shirk y Philips (1991) alertaron sobre el desafortunado estado del entrenamiento de terapeutas infantiles al estar, predominantemente, fundamentado en una tradición guiada por la experiencia y no por la experimentación controlada. Por ejemplo, se ha prestado poca atención a la realización de investigaciones sobre qué habilidades del proceso son eficaces con niños (Kanfer *et al.*, 1992). Además, estos autores resaltan que la aplicación directa de los datos de investigación disponibles sobre terapeutas de adultos para la entrevista clínica infantil es inadecuada debido al grado de desarrollo del niño, a sus habilidades cognoscitivas y verbales y a sus experiencias con el ambiente. Estas constataciones sugieren que el entrenamiento del terapeuta conductual infantil debe ser específico (Silveira, 2003), ya que hay diversas particularidades en la práctica terapéutica con niños.

Una gran parte de la peculiaridad del terapeuta infantil está centrada en las habilidades de fomentar el juego con el fin de obtener datos y moldear comportamientos del niño (Conte y Regra, 2000; Kanfer *et al.*, 1992; Knell, 1995; Painter, Cook y Silverman, 1999). Con relación a esto, Shirk y Phillips (1991) comentan que si la terapia de adultos es vista equivocadamente como un arte, la terapia infantil es, a su vez, indebidamente reducida a una noción de jugueteo, lo que exigiría todavía menos esfuerzos de investigación dirigidos a identificar habilidades relevantes para los terapeutas infantiles y cómo entrenarlas. Sin embargo, llevar a cabo actividades lúdicas en el contexto clínico se constituye como una habilidad terapéutica altamente técnica utilizada no sólo en la entrevista de evaluación sino también en la fase de tratamiento (Rayfield, Monaco y Eyberg, 1999; Knell, 1994, 1995). Es un medio eficaz para construir una buena relación terapéutica, reducir las demandas verbales hechas para el niño y obtener un muestreo del contenido cognitivo del paciente (Kanfer *et al.*, 1992), además de ofrecer un contexto para que el

terapeuta debilite determinados comportamientos del niño mientras fortalece otros (Silveira, 2003).

Siguiendo la línea del artículo, se presentan y comentan seguidamente las habilidades que el terapeuta debe desarrollar para el establecimiento de una adecuada relación terapéutica con niños y algunas habilidades habitualmente indicadas como altamente relevantes para llevar a cabo la evaluación y el tratamiento de problemas infantiles.

Las habilidades adicionales para el establecimiento de la relación terapéutica con niños son: aclarar qué hace un terapeuta, ayudar al niño a identificar los problemas, formular preguntas comprensibles por el niño, guardar el secreto y mantener un contexto terapéutico no punitivo. La Tabla 2 presenta una descripción y algunos comentarios sobre cada una de estas habilidades. El terapeuta infantil debe aprenderlas, entrenarlas y presentarlas para garantizar la alianza terapéutica con pacientes infantiles. En la Tabla 2 también se describen algunas de las habilidades relevantes para la evaluación y el tratamiento de problemas en niños. Estas incluyen el identificar comportamientos relevantes, la toma de decisiones, el establecer contingencias, comunicarse con los padres del niño y con otros profesionales y realizar actividades lúdicas. Esta última habilidad es, en general, la que se suele señalar como más característica del terapeuta infantil. Aunque se encuentre en el apartado de habilidades para la evaluación y el tratamiento, es importante también para la relación terapéutica. Es decir, terapeutas poco hábiles en esta área pueden experimentar dificultades para establecer una relación positiva con el paciente infantil.

La habilidad para realizar actividades lúdicas se refiere al comportamiento de jugar, jugar, jugar o desarrollar actividades lúdicas manteniendo el humor y la relajación como estrategia para evaluar o intervenir. Se combina con la habilidad para organizar contingencias, es decir, el terapeuta debe ser capaz de presentar ambas habilidades a la vez: ser capaz de debilitar determinados comportamientos del niño mientras fortalece otros, jugando. Para esto, debe presentar la capacidad de reforzar diferencialmente, es decir, presentar consecuencias positivas para conductas adecuadas y no presentarlas para conductas inadecuadas. La premisa es que un comportamiento indeseable no puede ocurrir cuando otro comportamiento concurrente está en curso (Marinho, 2002; Knell, 1995).

Cómo se observa en la Tabla 3, hay algunos comportamientos concretos que el terapeuta infantil debe ser capaz de presentar y que le confieren la característica de habilidoso en la realización de actividades lúdicas en el contexto terapéutico. Estos comportamientos incluyen el aplicar refuerzo diferencial y extinción durante la actividad lúdica, obtener datos durante la misma, construir el vínculo terapéutico mientras juega, seleccionar actividades lúdicas apropiadas al objetivo de la sesión terapéutica, adecuar el tiempo de las actividades de juego a la duración de la sesión terapéutica, variar las actividades lúdicas durante la sesión y entre sesiones y disponer los objetos y juguetes de forma adecuada en la sala de terapia. La Tabla 4 presenta un listado de actividades lúdicas y su posible utilidad para debilitar y fortalecer determinados comportamientos en los niños.

Tabla 2
Habilidades del terapeuta conductual infantil

Habilidad	Descripción	Observaciones/Ejemplos
HABILIDADES ADICIONALES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA CON NIÑOS		
1	Aclarar qué hace un terapeuta como funciona la terapia.	Es necesario para que el niño pueda presentar un papel activo en la sesión y diferenciarla del simple juego y de actividades escolares. Facilita la lectura de libros ilustrados para niños sobre la terapia infantil, cómo funciona, etc. Una opción es que el propio terapeuta organice un libro explicativo y leerlo y comentarlo.
2	Ayudar al niño a identificar los problemas	Para niños muy pequeños o con mucha dificultad en presentar sus propias demandas, el terapeuta puede presentar despaño ejemplos de problemas infantiles y el niño va diciendo si sucede también con él o no y dar ejemplos. Es interesante incluir problemas que el niño presente y otros que no, con el fin de que pueda discriminar que hay algunos problemas que él no presenta.
3	Formular preguntas comprensibles para el niño	En general, con niños pequeños se utilizan más preguntas cerradas o con algunas opciones de respuesta que en el caso de adolescentes o adultos. Es importante que el terapeuta infantil utilice palabras accesibles, adecuadas al vocabulario y nivel de desarrollo cognitivo del niño (p. ej., los nombres de sentimientos con los que los niños pequeños están familiarizados corresponden a las emociones básicas: alegría, tristeza, ira y miedo).
4	Guardar el secreto	El terapeuta puede utilizar frases como «Me parece que...», «He observado que...» en vez de «Él ha dicho que...». Para preguntas directas del tipo «¿Él te ha dicho...?», se puede decir «Explíqueme qué ha pasado», sin decir si el niño ha relatado o no la información.
5	Mantener un contexto terapéutico no punitivo	Para que el terapeuta constituya una audiencia no punitiva debe presentar conductas a veces distintas del sentido común ante los problemas de comportamiento presentados por el niño (p. ej., en vez de decir «Las niñas no se pelean con los niños, es muy feo», el terapeuta puede hacer preguntas sobre las consecuencias de implicarse en peleas y discutir formas alternativas de actuar).

Habilidad	Descripción	Observaciones/Ejemplos
HABILIDADES RELEVANTES PARA LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE PROBLEMAS INFANTILES		
1	Habilidad para identificar y describir comportamientos del niño y de sus padres que son relevantes desde el punto de vista clínico.	Comúnmente, las interacciones entre los padres y el niño concentran gran parte del interés clínico y el terapeuta infantil debe ser hábil en identificarlas. El método para esto es obtener datos a través de diversos medios y realizar el análisis funcional de los comportamientos del niño y de sus padres.
2	Habilidad para seleccionar la forma de evaluación y los procedimientos de intervención más adecuados al caso, además de elegir los adultos que deben participar en el proceso de tratamiento (padres, hermanos, maestros, etc.).	Es imprescindible que el terapeuta conozca profundamente los trastornos que pueden perturbar a la población infantil y los procedimientos de evaluación y tratamientos recomendados, además de saber llevarlos a cabo. Una estrategia para orientar la toma de decisiones es hacerse y contestarse preguntas que orienten decisiones generales y conductas puntuales presentadas en cada sesión. ¿Qué instrumentos se destinan a evaluar el problema? ¿Hay superioridad relativa de alguna forma de evaluación o procedimiento de intervención sobre otros? ¿Cuáles son los miembros de la familia que están disponibles a colaborar en el tratamiento? ¿Con quién establece el niño interacciones críticas desde el punto de vista del mantenimiento del problema? ¿Hay necesidad de observación directa o de aumento en la frecuencia de las sesiones?
3	Habilidad para organizar contingencias con el objetivo de fortalecer o debilitar determinados comportamientos del niño y de establecer condiciones para la ocurrencia de comportamientos de interés clínico durante la sesión. Incluye la búsqueda o creación de materiales y recursos necesarios para lograr un objetivo terapéutico en una sesión.	El terapeuta necesita dominar la organización de esquemas de refuerzo (o, e.j., presentar refuerzo ante conductas adecuadas, extinción ante las inadecuadas) y establecer contingencias para el aprendizaje de nuevos comportamientos. Para ello utiliza juegos, juguetes, libros infantiles, música, prescripción de tareas para casa, etc.
4	Habilidad para hablar con los padres y los profesionales en términos adecuados a su capacidad de comprensión y establecer claramente los objetivos de esos contactos en relación con el afrontamiento de los problemas del niño.	Incluye orientar a los padres y maestros, presentar informes a otros profesionales cuando son solicitados, etc.
5	Habilidad para jugar y desarrollar actividades lúdicas como estrategia en la sesión terapéutica con niños.	Incluye comportamientos como obtener datos a través de juegos, construir la relación terapéutica mientras juega, aplicar procedimientos de refuerzo y extinción durante la sesión, controlar el tiempo, etc.

Tabla 3
Comportamientos necesarios para realizar actividades lúdicas como estrategia en la terapia infantil

Comportamiento	Descripción	Observaciones
1	Aplicar refuerzo diferencial durante la actividad lúdica	Atentar para incluir los más simples comportamientos adecuados y reforzarlos, preferentemente con refuerzo natural, como atención social.
2	Proporcionar extinción durante la actividad lúdica	Aunque el procedimiento de extinción sea claramente distinto del castigo, en el contexto aplicado el terapeuta puede, inadvertidamente, reforzar o castigar una conducta en vez de extinguirla.
3	Obtener datos mientras realiza actividad lúdica	Se puede obtener datos no solo por medio de preguntas, sino observando cómo el niño juega, los resultados de sus actividades, su patrón de interacción con el terapeuta, con los padres, con otros niños. Se puede hablar mientras juega. Jugar mientras habla de situaciones difíciles ayuda a disminuir la tensión del niño.
4	Construir el vínculo terapéutico mientras juega	Hablar de manera graciosa, utilizar frases de incentivo o que sean divertidas y, a la vez, ver cortés y atento, llamar al niño por su nombre, mirarle. Todo esto sin establecer familiaridad excesiva con el niño, es decir, mantener el papel de terapeuta.
5	Seleccionar actividades lúdicas adecuadas al objetivo de la sesión terapéutica	Las actividades no deben ser elegidas al azar, sino que deben estar relacionadas con los objetivos terapéuticos de la sesión que se está programando. Por ejemplo, si se quiere reforzar conductas de cooperación, se deben seleccionar actividades que impliquen jugar conjuntamente (construir cosas, marionetas, etc.) en vez de juegos de competición (ajedrez, domino, etc.)
5	Adecuar el tiempo de las actividades lúdicas a la duración de la sesión terapéutica	Los minutos finales deben ser utilizados para resumir la sesión, organizar la sala, guardar los juguetes con ayuda del niño. En ese momento, muchos niños suelen querer iniciar una nueva actividad y el terapeuta debe saber afrontar ese tipo de situación. Es importante controlar que no se termine la sesión con una actividad o charla sobre un tema que genere ansiedad. Los puntos posiblemente tensos de la sesión deben ser realizados en el medio de ésta; debe haber tiempo para cambiar de tema y realizar actividades que tranquilicen al niño antes que se vaya de la sesión.
6	Variar las actividades lúdicas durante la sesión y entre sesiones	Por ejemplo, el terapeuta puede insistir un poco en mantener una actividad cuando trabaja con niños impulsivos o desatentos.
7	Disponer los objetos y juguetes de forma apropiada en la sala de terapia	Los juegos no deben estar todos disponibles, porque dificultaría el alcance de los objetivos de la sesión (no se realizarían las actividades importantes), además de facilitar constantes cambios de actividad.

Tabla 4
Actividades lúdicas, su descripción y comportamientos que deben ser debilitados y fortalecidos

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	COMPORTAMIENTOS A DEBILITAR	COMPORTAMIENTOS A FORTALECER
Pastiche libre	Se ojean revistas y las figuras relevantes por sus características positivas o negativas se recortan y se pegan en un cartel.	Escape/evitación de hablar sobre estímulos reforzantes o aversivos.	Describir estímulos reforzantes positivos, negativos o estímulos aversivos del contexto de la vida del niño.
Pastiche temático	El niño compone un cartel con figuras recortadas de revistas que se relacionen con un tema propuesto (p.ej., familia, escuela, vergüenza, miedo, alegría, etc.). Se discute sobre el cartel.	Escape/evitación de hablar sobre el tema.	Describir relaciones funcionales en ambientes específicos.
Barro, plastilina	Esos materiales pueden sentirse con los ojos cerrados y se les puede dar muchas formas y movimientos. Se puede explorar la experiencia sensorial y la forma de la escultura puede dar origen a más averiguaciones sobre la vida del niño.	Escape/evitación de ensuciar; de desordenar las cosas, de equivocarse (porque esos materiales permiten corrección) o de ser desaprobado. Distrase de la actividad y de la charla.	Concentrarse en la actividad y en la charla durante la actividad. Hacer las cosas sin preocupación por los resultados, solamente para divertirse. Confianza en uno mismo.
Confección de carteles	Se hacen carteles con dibujos y palabras en cartulinas organizando eventos, secuencias comportamentales o estímulos antecedentes y consecuentes de una respuesta.	Escape/evitación de verbalizaciones relacionadas con el tema. Dirección de la atención a estímulos diferentes de los que constan en el cartel.	Describir comportamientos propios y de otras personas del contexto de vida, pudiendo aumentar la conciencia sobre eventos y secuencias conductuales importantes.
Confección de tarjetas con mensajes	En fechas conmemorativas o en cualquier ocasión, se pueden hacer tarjetas expresando sentimientos a personas significativas.	Escape/evitación de expresión de sentimientos. Palabras y agresividad estrechamente relacionadas con la privación de atención y cariño y generalmente relacionadas con sentimientos de baja autoestima.	Conciencia y expresión de sentimientos. Comportamiento verbal referido al relato de sentimientos y estados de privación de afecto, cuyo efecto social acostumbrará a reducir en un aumento de la autoestima.
Dibujos, producción de piezas artesanales, preparación de alimentos, etc.	Se puede producir artesanía, dibujos, papiroflexia o alimentos con la orientación del terapeuta o del propio niño que, en último término enseña al terapeuta lo que aprendió a hacer en otros contextos.	Dependencia de otros, generalmente acompañada de sentimientos de baja confianza en sí mismo.	Comportamientos de iniciativa y autonomía, en general, relacionados con sentimientos Confianza en uno mismo.
Muecos y fantoches	Muecos y fantoches pueden ser personajes que participan en la narración y en las acciones de una historia construida por el niño.	Agitación relacionada con la ansiedad en el contexto clínico.	Fantasear con el fin de sentirse seguro y relajado en el ambiente clínico. Describir patrones de interacción interpersonal frecuentes en el contexto de vida.
Dibujar el contorno del cuerpo en el papel	El niño se tumba sobre un papel extendido en el suelo y el terapeuta delinea su cuerpo con un rotulador. El contorno del cuerpo en el papel es observado y comentado y el niño puede complementar el dibujo según los intereses del caso. (p. ej., niños con encopresis pueden dibujar el aparato digestivo en el lugar correspondiente)	Escape/evitación de hablar sobre sentimientos de falta de control, de culpa y de vergüenza.	Conciencia corporal. No comprender el funcionamiento del organismo y sus sistemas. Seguir las propuestas terapéuticas de cambios de los hábitos de comida y de la rutina.
Juegos de mesa	Son juegos que requieren tablero o mesa, como, por ejemplo, el ajedrez, el dominó, el scrabble, etc. En general hay reglas que deben ser seguidas.	Competir con preocupación, ansiedad, tristeza o intentando no cumplir las reglas. Jugar con reglas diferentes de las habituales ayuda a debilitar el comportamiento rígido.	Suelen ser indicados para observar o modelar el comportamiento del niño relacionado con el cumplimiento de reglas. Facilitan el modelado de toma de decisiones y de la iniciativa cuando el terapeuta deja que el niño indique los próximos pasos del juego.
Juegos con lápiz y papel	Son juegos que requieren lápiz y papel.	Escape/evitación del contexto escolar.	En niños hábiles en la lectura y escritura pueden aumentar el sentimiento de confianza en sí mismos. En niños con dificultades en el contexto escolar, pueden facilitar la aproximación a materiales que recuerden la escuela.
Juegos de expresión o dramáticos y pantomimas.	Juegos de mímica en general. Implican imitaciones, que pueden ser, p.ej. de animales o de profesiones para que el otro adivine. Hay variaciones como, p. ej., el imitar a un animal con el objetivo de provocar la risa.	Sentirse aburrido o triste. Escape/evitación del contacto directo con el terapeuta. Miedo a hacer el ridículo.	Gustarle el contexto clínico y del terapeuta. Nombrar sentimientos e interpretar expresiones no verbales de sentimientos. Observar a los otros y aproximarse a ellos.

Adeptado de Silveira, 2003.

Consideraciones finales

La eficacia de un tratamiento depende de un enorme número de variables (Kazdin, 2001). Por ejemplo, características del paciente, el contexto en el que el funciona el paciente, características del tratamiento proporcionado y, obviamente, características del terapeuta. Después de décadas de estudios sobre cuáles son los tratamientos y estrategias que funcionan mejor con qué tipo de problema y con qué clase de paciente, la investigación en terapia conductual requiere que se investigue respuestas a otras cuestiones, como condición para el progreso del área. Una de las cuestiones relevantes se refiere a la obtención de informaciones empíricas sobre qué categorías comportamentales (o habilidades) de los terapeutas tiene un impacto positivo sobre el proceso terapéutico.

Este tema tiene interés no sólo a nivel académico, para obtener datos que ofrezcan contenido a los programas de entrenamiento de terapeutas, sino también para mejorar la eficiencia del terapeuta en los diversos contextos en que actúa la psicología clínica. Teniendo en mente esta preocupación, esperamos que el presente artículo sea de utilidad y aporte su grano de arena al conocimiento de algunas de las habilidades concretas que los terapeutas de conducta deben desarrollar para realizar una práctica terapéutica más eficiente.

Referencias

- Argyle, M. (1975). *Bodily communication*. Londres: Methuen.
- Argyle, M. (1978). *Psicología del comportamiento interpersonal*. Madrid: Alianza.
- Argyle, M. (1992). *The social psychology of everyday life*. Londres. Routledge.
- Armenti, N. P. (1998). Graduate students need training in manage care. *The Behavior Therapist*, 21, 122-123.
- Bernal, M. E. y Castro, F. G. (1994). Are clinical psychologists prepared for service and research with ethnic minorities? *American Psychologist*, 49, 797-805.
- Beutler, L. E., Crago, M. y Arizmendi, T. G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (dirs), *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. (pp. 257-310). Nueva York: Wiley.
- Blatt, S. J., Sanislow III, C. A., Zuroff, D. C. y Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depressions Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1276-1284.
- Bootzin, R. R. y Ruggill, J. S. (1988). Training issues in Behavior Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 703-709.
- Brantley, P. J. y Applegate, B. W. (1998). Training behavior therapists for primary care. *The Behavior Therapist*, 21, 74-76.
- Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid. Siglo XXI.
- Carey, K. B., Bradizza, C. M., Stasiewicz, P. R., y Maisto, S. A. (1999). The case for enhanced addictions training in graduate programs. *The Behavior Therapist*, 22, 27-30.
- Carkhuff, R. R. y Pierce, R. M. (1975). *Trainer's guide: The art of helping*. Amherst, MA: Human Resource Development.

- Carlson, M. H., Brack, C. J., Laygo, R., Cohen, R., y Kirkscey, M. (1998). An exploratory study of multicultural competence of counselors in training: Support for experiential skills building. *The Clinical Supervisor, 17*, 75-87.
- Cherry, D. K., Messenger, L. C., y Jacoby, A. M. (2000). An examination of training model outcomes in clinical psychology programs. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*, 562-568.
- Cone, J. D., Alexander, K., Lichtszajn, J. L. y Mason, R. L. (1996). Reengineering clinical training curricula to meet challenges beyond the year 2000. *The Behavior Therapist, 19*, 65-70.
- Conte, F. C. de S. y Regra, J. A. G. (2000). A psicoterapia comportamental infantil: novos aspectos. En E. F. M. Silveiras (dir.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol I, pp. 79-136). Campinas: Papirus.
- Cormier, W. H. y Cormier, L. S. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas —Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*. Bilbao: Desclee de Brouwer. (Orig.: 1991)
- Cummings, N. A. (1995). Impact of managed care on employment and training: A primer for survival. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*, 10-15.
- Donn, J. E., Routh, D. K. y Lunt, I. (2000). From Leipzig to Luxemburg (via Boulder and Vail): A history of clinical psychology training in Europe and the United States. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*, 423-428.
- Eisenberg, S. y Delaney, D. J. (1970). Using video simulation of counseling for training counselors. *Journal of Counseling Psychology, 17*, 15-19.
- Ekman, P. y Friesen, W. W. (1975). *Unmasking the face*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Falcone, E. O. (2001). A função da empatia na terapia cognitivo-comportamental (pp. 137-152). En M. L. Marinho y V. E. Caballo (dir.), *Psicologia Clínica e da Saúde* (pp. 137-152). Londrina: UEL.
- Ferster, C. B. (1979). Psychotherapy from the standpoint of a behaviorist. En J. D. Keehn (dir.), *Psychopathology in animals: Research and clinical implications*. Nueva York: Academic.
- Góngora, M. A. N. (2001). Un instrumento para evaluar la actuación del terapeuta durante la entrevista clínica. *Psicología Conductual, 9*, 405-415.
- Guerrelhas, F., Bueno, M. y Silveiras, E. F. de M. (2000). Grupo de ludoterapia comportamental x grupo de espera recreativo infantil. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 2*, 157-169.
- Holcomb-McCoy, C. C. y Myers, J. E. (1999). Multicultural competence and counselor training: A national survey. *Journal of Counseling & Development, 77*, 294-302.
- Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 561-573.
- Horvath, A. O. y Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. y Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a Multicenter Trial for Panic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 747-755.
- Kanfer, R., Eyberg, S. M. y Krahn, S. M. (1992). Interviewing strategies in child assessment. En C. E. Walker y M. C. Roberts (dirs.), *Handbook of clinical child psychology* (pp. 49-62). Nueva York: Wiley.
- Kazdin, A. E. (2001). Progression of therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 143-151.
- Kendall, P. C. y Chambless, D. L. (1998). Empirically supported psychological therapies [Special section]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 1-167.

- Kleinke, C. L., Kahn, M. L. y Tully, T. B. (1979). First impressions of talking rates in opposite-sex and same-sex interaction. *Social Behavior and Personality*, 7, 81-91.
- Knapp, M. L. (1982). *La comunicación no verbal: el cuerpo y el entorno*. Barcelona: Paidós.
- Knell, S. M. (1995). *Cognitive-behavioral play therapy*. New Jersey: Jason Aronson.
- Koegel, R. L., Glahn, R. J. y Nieminen, G. G. (1978). Generalization of parent training results. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 95-109.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative relationship*. Nueva York: Plenum.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J. y Pilkonis, P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depressions Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.
- Lafferty, P., Beutler, L. E. y Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 76-80.
- Marinho, M. L. (2002). Un programa estructurado para el entrenamiento de padres. En: V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos* (pp. 417-443). Madrid: Pirámide.
- Masia, C. L., Anderson, C. M., McNeil, D. W. y Hawkins, R. P. (1997). Manage care and graduate training: A call for action. *The Behavior Therapist*, 20, 145-148.
- McRae, M. B. y Johnson, J.R. (1991). Toward training for competence in multicultural counselor education. *Journal of Counseling & Development*, 70, 131-135.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (dirs.) (1998). *A guide to treatments that work*. Nueva York: Oxford University.
- Nelson-Jones, R. (1997). *Practical counselling & helping skills*. Londres: Cassell.
- Painter, L. T., Cook, J. W. y Silverman, P. S. (1999). The effects of therapeutic storytelling and behavioral parent training on noncompliant behavior in young boys. *Child & Family Behavior Therapy*, 21, 47-66.
- Prieto, L. R. y Scheel, K. R. (2002). Using case documentation to strengthen counselor trainees' case conceptualization skills. *Journal of Counseling & Development*, 80, 11-21.
- Rayfield, A., Monaco, L. y Eyberg, S. (1999). Parent-child interaction therapy with oppositional children: a review. En S. W. Russ y T. H. Ollendick (dirs), *Handbook of psychotherapies with children and families*. Nueva York: Plenum.
- Robinson, S. E., Froehle, T. C. y Kurpius, D. J. (1979). Effects of sex of model and media of model presentation on skill development of counselor trainees. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 74-80.
- Safren, S. A. (1999). Selected issues: Facing gay, lesbian and bisexual graduate students in clinical psychology training. *The Behavior Therapist*, 22, 189-192.
- Seligman, M. E. P. (1996). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Shaw, B. F., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmsted, M., Vallis, T. M., Dobson, K. S., Lowery, A., Sotsky, S. M., Watkins, J. T. y Imber, S. D. (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 837-846.
- Shirk, S. R. y Phillips, J. S. (1991). Child therapy training: closing gaps with research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 766-776.
- Silveira, J. M. (2003). Avaliação de um programa de treino de habilidades elementares de terapeutas comportamentais infantis: condução de atividades lúdicas. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Skinner, B. F. (1991). *Questões recentes na análise comportamental*. Campinas: Papyrus.
- Strosahl, K. D., Hayes, S., Bergan, J. y Romano, P. (1998). Assessing the field effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy: An example of the manipulated training research method. *Behavior Therapy*, 29, 35-64.
- Twilling, L. L., Sockell, M. E. y Sommers, L. S. (2000). Collaborative practice in primary care: Integrated training for psychologists and physicians. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 685-691.
- Watson, D. L. y Tharp, R. G. (1985). *Self-directed behavior - self-modification for personal adjustment* (4ª edición). Monterey: Brooks/Cole.
- Weisz, J. R., Donenberg, G. R., Hann, S. S. y Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 688-701.