

Protocolo de registro escrito de sesiones de psicoterapia individual

José Luis BENÍTEZ ORTEGA
Servicio Andaluz de Salud

Resumen

El registro escrito de sesiones de psicoterapia puede cumplir varias funciones útiles más allá de la colección y almacenamiento de datos sobre las sesiones de un tratamiento. Puede, además, ser una herramienta muy útil para mejorar la dimensión científica y la efectividad del proceso terapéutico, así como para facilitar la comunicación entre diferentes profesionales implicados en el tratamiento de un mismo paciente. Algunas de estas funciones serían especialmente útiles en dispositivos públicos de salud mental. En este trabajo se analiza qué requisitos debería cumplir un registro de sesiones de psicoterapia para que cumpliera de hecho estas funciones y se propone un protocolo de registro escrito de sesiones de psicoterapia individual que intenta cumplir estos requisitos.

Palabras clave: registro de sesiones de psicoterapia, proceso psicoterapéutico, dispositivos públicos de salud mental, integración en psicoterapia.

Abstract

Writing psychotherapy session records could be useful not only for collecting and storing data about that sessions but in order to improve the therapeutic process scientific dimension and effectiveness, as much as to facilitate communication between professionals involved in a same treatment plan. Some of these functions of psychotherapy session records would be very valuable at public mental health services. This paper analyzes what requirements has a session record to fulfil in order to carry out such functions, and suggests a writing record form for individual psychotherapy sessions which try to fulfil these requirements.

Key words: Psychotherapy Session Record, Psychotherapeutic Process, Psychotherapy Integration, Public Mental Health Services.

Pueden distinguirse varios tipos de registro de sesiones de psicoterapia. Según sus objetivos cabe distinguir los *registros literales* de las sesiones y las *anotaciones* que realiza el psicoterapeuta durante o después de la sesión. En términos generales, los primeros, que pueden consistir bien en grabaciones de audio, audio-visuales, transcripciones o codificaciones computarizadas de los diversos tipos de contenidos que aparecen en la sesión, son útiles fundamentalmente para la investigación y la supervisión de casos de terapeutas en formación. Los segundos tienen un objetivo fundamentalmente clínico-asistencial; se trata de la plasmación por escrito de la construcción que el psicoterapeuta hace del intervalo de proceso terapéutico que tiene lugar entre el final de la sesión anterior y el final de la sesión reciente. Aunque también se realizan grabaciones de audio o audiovisuales de sesiones con fines terapéuticos, como ocurre por ejemplo cuando se graban en video ensayos de conducta durante el entrenamiento en habilidades sociales para facilitar la retroalimentación al paciente, este método resulta poco eficiente como forma habitual de registro de las sesiones en la práctica clínica cotidiana debido a la gran cantidad de tiempo y esfuerzo que requieren la revisión y el análisis posterior de los contenidos registrados. En contraposición a esto, las anotaciones habituales que el psicoterapeuta realiza en la historia clínica o en el diario de sesiones de cada paciente para registrar los aspectos más relevantes de la sesión difícilmente pueden ser útiles de cara a la investigación debido a que sólo recogen una parte restringida de entre todo lo que ocurre en la sesión; aquello que el terapeuta considere más relevante en el momento de realizar el registro.

Este trabajo se ocupa del segundo tipo de registro al que hemos hecho referencia: el registro manuscrito o anotaciones que el terapeuta realiza de forma inmediata en cada sesión con la intención de resumir y organizar lo acontecido en ella.

¿Qué utilidad tiene este tipo de registro? ¿Qué funciones cumple o debería cumplir? ¿Qué características debería reunir?

Los registros de sesiones de psicoterapia y sus funciones

La primera función, básica y obvia, que cumple todo registro es almacenar información que probablemente debe ser, por el motivo que fuere, recuperada posteriormente. Pero, además, consideramos que el registro de las sesiones de psicoterapia en el contexto clínico-asistencial, cuando se instaura como una tarea protocolizada, podría además favorecer el análisis sistemático, la dimensión científica, del proceso terapéutico. Cuando el registro que el terapeuta realiza de la sesión consta de una serie de categorías previamente determinadas por referirse a variables del proceso terapéutico que han demostrado ser relevantes para el resultado, el psicoterapeuta se verá impelido a su vez a un análisis más significativo y coherente con la evidencia científica de la información emergente en la sesión, sin que esto tenga por qué ir en contra de la dimensión creativa del proceso terapéutico.

Sobre la práctica de la psicoterapia en el contexto de la sanidad pública y sus implicaciones en relación con el registro de las sesiones de psicoterapia

Este interés por el registro de sesiones de psicoterapia tiene su origen en nuestra experiencia como psicólogos clínicos en

dispositivos sanitarios públicos. Aunque no es su única función en dicho ámbito, una de las actividades a la que dedican la mayor parte del tiempo, si no a la que más, los psicólogos clínicos en los dispositivos públicos de salud mental es la práctica de la psicoterapia. El contexto en el que se realiza dicha práctica influye en la misma, siendo esta influencia positiva en algunos aspectos y negativa en otros.

Son varias las características del contexto sanitario público que determinan de alguna manera el modo en que acaba desarrollándose el proceso psicoterapéutico. De entre todas ellas citamos aquí las que consideramos más relevantes.

La presión asistencial

El factor que según nuestro juicio es más determinante en este sentido sería la enorme presión asistencial que soporta la sanidad pública, teniendo en cuenta que los recursos asistenciales de los que por ahora dispone son insuficientes en general y especialmente insuficientes en cuanto a la ratio población atendida/número de psicólogos clínicos (*La salud mental española en el punto de mira*, InfoCOP, 2008). Una de las muchísimas derivas de dicha presión consiste en que inevitablemente fomenta en los profesionales sanitarios un pragmatismo que resulta excesivo en tanto que llegan a descuidarse aquellas tareas que no generen un efecto inmediato en el paciente por muy importantes que sean en el marco general de su tratamiento.

La consecuencia de esto es una dedicación casi exclusiva a las labores asistenciales netamente clínicas, es decir a la aplicación continua de técnicas de diagnóstico y tratamiento, trabajando permanentemente en contacto directo con el paciente. Esto, sin

embargo, no puede hacerse sin restar atención y tiempo a otras labores asistenciales menos efectistas pero igualmente necesarias de cara a la calidad de los tratamientos. Nos referimos a tareas tales como el análisis detenido de los casos, el diseño reflexivo de los planes de tratamiento, la coordinación entre los diferentes profesionales o dispositivos implicados en el tratamiento de un paciente, la evaluación de la evolución de un paciente, de los resultados de su tratamiento o el registro relevante, fiable y útil de las sesiones de psicoterapia. Theodore Millon (1998, p. 183) lo expresa así: “*Hoy en día el mensaje dirigido a los psicoterapeutas es “hacer más con menos”, lo que implica lamentablemente, aparte de menos sesiones, más pacientes y, por tanto, dedicar menos tiempo a pensar en la dinámica de los problemas de cada uno de ellos.*”

La diversidad de modelos teóricos en Psicoterapia

La diversidad de modelos teóricos en Psicoterapia, las dificultades en la comunicación entre psicoterapeutas seguidores cada uno de estos modelos diferentes, y la necesidad de una integración progresiva de dichos modelos se ponen de manifiesto, más que en ningún otro contexto, en el ámbito de la salud mental pública.

La dinámica asociativa de los psicoterapeutas que trabajan en el ámbito privado es radicalmente distinta a la que se produce en el ámbito profesional público. Aquellos eligen a priori las asociaciones profesionales (fundamentalmente escuelas de formación en un modelo determinado de Psicoterapia) a las que quieren pertenecer, de modo que son ellos los que toman la iniciativa de inscribirse en aquellas asociaciones formadas espontáneamente por otros psicoterapeutas con in-

tereses, formación y lenguaje comunes. Las asociaciones de psicoterapeutas formados en modelos dispares son bastantes menos en comparación con aquellas que aglutinan a psicoterapeutas de un mismo enfoque.

En los dispositivos de salud mental pública, sin embargo, trabajan juntos psicoterapeutas que pueden tener formaciones y afinidades teóricas muy distintas y que sin embargo están condenados a entenderse (o a desentenderse) en tanto en que deben planificar juntos la actividad asistencial y en muchas ocasiones coordinar sus intervenciones para un mismo paciente.

En muchas ocasiones, dada la falta de tiempo para reuniones de coordinación, la vía de comunicación fundamental y casi única entre estos psicoterapeutas es la historia clínica del paciente y, dentro de esta historia clínica, el registro de sesiones de psicoterapia. Es justo en este punto cuando se hace evidente la necesidad de un marco teórico supraordenado en relación con los modelos de cada terapeuta que posibilite una comunicación eficaz entre éstos. En este sentido consideramos que un protocolo de registro de sesiones que guíase al psicoterapeuta a analizar y registrar la información desde un marco conceptual que pudiera considerarse equidistante y común en relación con la diversidad de escuelas de psicoterapia existentes cumpliría precisamente la función de facilitar la comunicación y la comprensión de los casos entre los profesionales implicados en un mismo plan de tratamiento. Y esto con independencia de que cada profesional pueda además añadir información específica de su propio modelo de referencia.

Hasta aquí hemos hablado de varias funciones muy útiles que podría desempeñar el registro escrito de sesiones de psicoterapia: a) una función básica de almacena-

miento de la información sobre lo acontecido en la sesión; b) fomentar un análisis más significativo del proceso terapéutico, atendiendo a las variables más relevantes según la investigación empírica de procesos en psicoterapia; y c) facilitar la comunicación entre los profesionales que participen en el plan de tratamiento de un mismo paciente, especialmente en dispositivos de salud mental públicos.

¿Qué características o requisitos debería reunir un registro de sesiones de psicoterapia para que realmente cumpla estas funciones? Creemos que los siguientes:

1. *Que esté protocolizado*: la información contenida en él debiera estar organizada en una lista de categorías referentes a los diferentes tipos de información que puede emerger en una sesión de psicoterapia. Podría realizarse, por ejemplo, en una hoja de registro o formulario donde consten dichas categorías. Para cada sesión se cumplimentaría una de estas hojas.
2. *Que sea compatible*: las categorías de información que contemple, o lo que es lo mismo, las variables del proceso terapéutico a las que atienda, deberían, bien ser variables reconocidas como comunes a las diferentes psicoterapias, bien pertenecer a un nivel de análisis supraordenado con respecto a diversos enfoques teóricos en Psicoterapia, de manera que pudiera ser compartido y comprendido por terapeutas con enfoques teóricos diferentes.
3. *Que sea sensible a lo relevante*: entre las variables que se incluyan en el registro debiera darse prioridad a aquellas que hayan demostrado ser más relevantes en el proceso terapéutico de cara a la eficacia del mismo.

4. *Que sea económico*: su cumplimentación debería poder realizarse en un tiempo razonablemente breve.

El objetivo de este trabajo es proponer un protocolo de registro escrito de sesiones de psicoterapia individual que aspira a cumplir estos requisitos desde el punto de vista teórico, con la intención de que sea sometido -en una fase posterior- a las pruebas necesarias para su validación empírica.

Protocolo de registro escrito de sesiones de psicoterapia individual

El protocolo que proponemos a continuación se presenta como un formulario

(puede verse en el Anexo) y consiste en una lista de categorías que guiaría al terapeuta en la observación y registro de los eventos más significativos que ocurran en la sesión. En este apartado describimos dichas categorías y ofrecemos argumentos teóricos y/o datos empíricos que consideramos que justifican su inclusión en el protocolo. La tabla 1 presenta los bloques fundamentales que organizan este protocolo.

I. Factores que determinan las intervenciones del terapeuta en la sesión

Bajo este epígrafe se anotarían la información sobre los factores considerados relevantes por el terapeuta a la hora de se-

Tabla 1. Esquema general del protocolo de registro escrito de sesiones de psicoterapia individual.

I. Factores que determinan las intervenciones del terapeuta en la sesión

- I.A. Cumplimentación de tareas para casa
- I.B. Evaluación del último período inter-sesiones
 - I.B.1. Cambios en el paciente
 - I.B.1.a. Evolución clínica
 - I.B.1.b. Cambios en grado de capacidad
 - I.B.2. Posibles factores inductores de los cambios detectados en el paciente
 - I.B.2.a. Técnicas
 - I.B.2.b. Factores comunes de las psicoterapias
 - I.B.2.c. Expectativas del paciente o efecto placebo
 - I.B.2.d. Cambio extra-terapéutico
 - I.B.3. Proceso de cambio
- I.C. Información nueva relevante para la formulación teórica del caso
- I.D. Conductas del paciente que señalan cambios en la alianza terapéutica
 - I.D.1. Cambios en la alianza terapéutica en relación con el acuerdo en los objetivos
 - I.D.2. Cambios en la alianza terapéutica en relación con el acuerdo en las tareas
 - I.D.3. Cambios en la relación terapéutica en relación con el vínculo positivo entre paciente y terapeuta
- I.E. Resistencias

II. Intervenciones del terapeuta

- II.A. Estrategias psicoterapéuticas que guían las intervenciones del terapeuta en la sesión
- II.B. Técnicas psicoterapéuticas aplicadas en la sesión
- II.C. Tareas prescritas para el próximo período entre-sesiones

III. Otros datos relevantes sobre la sesión

leccionar las estrategias y técnicas de intervención que considere más oportunas en la sesión actual.

Cuando el terapeuta se encuentra con el paciente no puede limitarse a aplicar una por una, según un orden establecido de antemano, cada una de las estrategias terapéuticas que haya podido prever en el plan de tratamiento. El paciente muestra en cada sesión uno o varios estados, actitudes, intereses que el terapeuta debe tener en cuenta a la hora de decidir qué estrategia es la que va a desarrollar en ese "aquí y ahora". Si no lo hace así, si opta por un estilo muy directivo y se empeña en seguir rígidamente una secuencia prefijada de estrategias, la probabilidad de que se produzca una ruptura en la alianza terapéutica aumentará.

El terapeuta debería ser lo suficientemente flexible como para ser capaz de captar aquellas señales en el paciente en función de las cuales tendrá que decidir en un punto concreto de cada sesión elegir una estrategia y no otra, una técnica y no otra, como las más oportunas en ese momento.

Dentro de esta categoría proponemos una serie de variables que consideramos como los más relevantes a la hora de tomar una decisión sobre las estrategias terapéuticas más oportunas en la sesión. Además en el registro se contemplaría la posibilidad de que el terapeuta pueda añadir otros que estime relevantes.

I.A. Cumplimentación de tareas para casa

En este apartado se anotaría lo referente al in/cumplimiento por el paciente de las tareas acordadas con el terapeuta en la consulta anterior, así como aquellos aspectos relacionados con dicho in/cumplimiento que sean relevantes para el proceso terapéutico: relación de tareas cumplidas y no

cumplidas, resultados de las tareas, principales dificultades que encontró el paciente para llevarlas a cabo, atribución causal del paciente y del incumplimiento de tareas en el caso de que se incumplieran.

El acuerdo de tareas para casa para el paciente se ha revelado en los últimos años, por su significación en el proceso terapéutico y porque puede encontrarse en los tratamientos realizados por terapeutas adscritos a muy diversos modelos de Psicoterapia, como uno más entre los denominados factores comunes en Psicoterapia (Kazantzis y Ronan, 2006). El incumplimiento de las tareas acordadas y la exploración de los motivos de dicho incumplimiento darán información crucial al terapeuta sobre posibles resistencias u obstáculos hacia el cambio terapéutico en el cliente, lo que a su vez será determinante para la selección posterior de unas u otras estrategias terapéuticas.

I.B. Evaluación del último período entre sesiones

I.B.1. Cambios en el paciente. Cambios que hayan tenido lugar durante el último período entre sesiones en el paciente y que sean considerados por el terapeuta como importantes de cara a los objetivos del tratamiento. Pueden considerarse varios tipos de cambio (evolución clínica, cambio en patrones disfuncionales, cambios en el grado de capacidad, etc.). El terapeuta debe monitorizar los cambios en el paciente en tanto que éstos constituyen la principal fuente de información sobre la marcha del proceso terapéutico.

I.B.2. Hipótesis sobre los posibles factores inductores de los cambios detectados en el paciente. El terapeuta escribiría

en este apartado sus hipótesis en relación con los posibles factores promotores de los cambios, en el caso de que los haya habido, señalados en el apartado I.B.1. Se distinguirá entre factores de cambio directamente ligados al tratamiento y factores de cambio extra-terapéuticos. Lo que esta categoría aporta al proceso terapéutico es fomentar una mayor comprensión por el terapeuta del mismo. Incluyendo esta categoría aumenta la probabilidad de que el terapeuta se pregunte por el origen de los cambios. A su vez, estas hipótesis son necesarias para orientar al terapeuta acerca de la continuación con el plan de tratamiento establecido, en caso de que quepa atribuir a éste los cambios positivos que se constaten, o modificarlo cuando se aprecie que no se están dando cambios positivos o que surgen nuevos factores, vinculados o no al tratamiento, que activan cambios negativos. Apoyándonos en el estudio sobre dichos factores llevado a cabo por Lambert (1992, descrito en Feixas y Miró, 1993), incluimos en el registro una breve lista de categorías en las que el terapeuta puede clasificar sus hipótesis sobre qué factores están generando cambio en el cliente:

- *I.B.2.a. Técnicas de psicoterapia:* técnica o grupos de técnicas psicoterapéuticas practicadas por el terapeuta en las sesiones anteriores a las que es atribuible el cambio reciente (avance o retroceso, mejoría o empeoramiento) observado en la sesión actual. Lambert, en su mencionado estudio, estima en un 15% el porcentaje de cambio atribuible a este factor.
- *I.B.2.b. Factores comunes de las psicoterapias:* conjunto de fenómenos psicoterapéuticos presentes en la mayoría de las terapias independientemente de

su orientación teórica (por ejemplo, empatía, calidez, aceptación, animar al cliente a afrontar retos, etc.). Estos factores comunes serían responsables de un 30% del cambio terapéutico según la estimación de Lambert.

- *I.B.2.c. Expectativas del paciente o efecto placebo del tratamiento:* expectativas del paciente de ser ayudado por un profesional con la capacidad de prestarle esa ayuda de forma eficaz, confiando a priori en la utilidad de sus procedimientos. Lambert indica que el efecto placebo explicaría en torno al 15% aproximadamente del cambio en una psicoterapia.
- *I.B.2.d. Cambio extra-terapéutico:* todos aquellos factores que ocurren al margen del plan de tratamiento y a los que cabría atribuir en alguna medida los cambios detectados en el paciente. Ejemplos de este tipo de factores pueden ser la pérdida de un ser querido, un cambio de residencia, la separación de los padres o propia, cambio de puesto de trabajo por otro, etc. siempre y cuando, estos acontecimientos no ocurren de forma programada en el tratamiento. Según Lambert, el 40% aproximadamente de los factores que influyen en el resultado de la psicoterapia son factores extra-terapéuticos.

I.B.3. Proceso de cambio. Fase del proceso de cambio en la que cabe situar al paciente en el momento de la sesión presente (pre-contemplación, contemplación, motivación, acción, mantenimiento y, en su caso, recaída). El concepto de proceso de cambio hace referencia a la secuencia lógica esperada en relación con las fases que atraviesa una persona hasta conseguir un cambio en alguno de sus patrones de

comportamiento. Los modelos teóricos del proceso de cambio ofrecen al terapeuta un mapa del camino por seguir hasta llegar a los objetivos marcados. Son muchos los modelos de proceso de cambio propuestos hasta ahora (Beitman, 1987; Egan, 1986; Epting, 1984; Prochaska y DiClemente, 1982) y todos ellos coinciden tanto en las fases que proponen que podría decirse que es más lo que comparten que lo que los diferencia. De todos ellos proponemos aquí el modelo de Prochaska y DiClemente para este registro por varios motivos: su intención de ser *trans-teórico*, del mismo modo que intenta serlo este protocolo de registro, y su simplicidad, actualidad y amplia difusión. Disponer de un modelo teórico del proceso de cambio ayuda también mucho al terapeuta al decidir qué estrategias terapéuticas debe poner en marcha en cada momento, ya que cada fase del proceso de cambio exige unas estrategias determinadas que fomenten el paso a la siguiente fase.

I.C. Información nueva relevante para la formulación teórica del caso

Información nueva sobre probables factores predisponentes, desencadenantes, mantenedores o protectores con respecto al foco del tratamiento o posibles nuevos focos de tratamiento que el terapeuta considere relevantes para la formulación del caso. Por muy minuciosa que haya sido la fase de evaluación, es muy frecuente que a lo largo del tratamiento (y precisamente como un efecto de éste) aparezca información nueva relevante para la formulación del caso. Esta información debe ser tenida en cuenta para hacer las modificaciones oportunas en el plan de tratamiento si ello fuera necesario.

I.D. Conductas del paciente que señalan cambios en la alianza terapéutica

Conductas del paciente que indiquen un deterioro o una mejoría de la calidad de la alianza terapéutica en alguno de sus tres componentes: acuerdo en objetivos, acuerdo en las tareas o vínculo afectivo con el terapeuta. El concepto de alianza terapéutica hace referencia a la relación entre paciente y terapeuta, y la construcción de una alianza terapéutica positiva entre ambos constituye el vehículo a través del cual las psicoterapias resultan eficaces (Bordin, 1979). Aunque el concepto de alianza terapéutica surgió en el contexto del Psicoanálisis, la importancia crucial de una relación positiva de colaboración entre paciente y terapeuta ha sido reconocida posteriormente por terapeutas del resto de enfoques teóricos en psicoterapia (Corbella y Bottella, 2003; Summers y Barber, 2003). El terapeuta no debe dejar de monitorizar el estado de dicha alianza al ser ésta una variable determinante de sus intervenciones y del éxito terapéutico.

I.D.1. Cambios en la alianza terapéutica en relación con el acuerdo en los objetivos. Información sobre el des/acuerdo entre cliente y terapeuta en relación con las metas que persiguen con el tratamiento. El acuerdo entre terapeuta y paciente con respecto a los objetivos de la terapia constituye uno de los aspectos fundamentales de la alianza terapéutica (Bordin, 1979). Posteriormente se han realizado estudios que han constatado que la negociación entre terapeuta y paciente en cuanto a los objetivos del tratamiento para llegar a un acuerdo en este terreno facilita realmente el proceso de cambio (Pizer, 1992; Safran y Muran, 2000; citados en Corbella y Bottella, 2003).

I.D.2. Cambios en la alianza terapéutica en relación con el acuerdo en las tareas. Conductas del paciente que indican su desacuerdo con el tipo de tareas (métodos y técnicas de evaluación y tratamiento) que deben realizar tanto terapeuta como paciente y a través de las cuales el terapeuta intenta conducir el proceso terapéutico. El acuerdo en las tareas es otro de los componentes de la alianza terapéutica según el análisis que de ésta hizo Bordin (1979). Los mismos estudios citados en el apartado anterior (Pizer, 1992; Safran y Muran, 2000; citados en Corbella y Botella, 2003) constataron también que el acuerdo en las tareas favorece el proceso de cambio.

I.D.3. Cambios en la relación terapéutica en relación con el vínculo positivo entre paciente y terapeuta. Conductas del paciente atribuibles por el terapeuta a un cambio de la percepción que el primero tiene del segundo como un profesional que desea y es capaz de ayudarlo, de comprenderle, y generar confianza en él mismo y en el tratamiento. El vínculo positivo es el tercero de los componentes de la alianza terapéutica señalados por Bordin (1979).

I.E. Resistencias

Cualquier factor que bloquea el cambio terapéutico. Se propone una lista de posibles resistencias para facilitar la observación y registro (ver en el Anexo); está basada en parte en las clasificaciones de resistencias de Beitman y Yue (1999) y de Cormier y Cormier (2000), aunque no pretende ser exhaustiva, por lo que permite el registro de otras resistencias.

El fenómeno de la resistencia ha sido reconocido por terapeutas de todos o casi todos los enfoques teóricos en psicoterapia

(Cormier y Cormier, 2000). Si la resistencia es todo obstáculo al cambio terapéutico, debe constituir un foco de atención e intervención prioritario para el terapeuta.

Habría que hacer una aclaración sobre el registro de las resistencias derivadas del terapeuta. La mayor parte de estas resistencias son de naturaleza inconsciente (al menos en el momento en que se producen, y normalmente no emergen en la consciencia a no ser que el terapeuta sea supervisado u observe a posteriori sus intervenciones). Por ello mismo su registro inmediato por el terapeuta es improbable. En cualquier caso hemos preferido incluir esta categoría antes que obviarla dada la importancia que las resistencias del terapeuta tienen en el proceso terapéutico. Creemos que hacerlo así tiene además la ventaja de fomentar la auto-observación del terapeuta en relación con las posibles resistencias derivadas de él mismo.

II. Intervenciones del terapeuta

Conductas conscientes e intencionales del terapeuta durante la sesión presente con el objetivo de fomentar el proceso de cambio del paciente. El terapeuta puede intervenir también de un modo no consciente -nivel subconsciente de comunicación oculta, según la clasificación de Stiles (1995)-, pero, de igual modo que ocurre con las resistencias del terapeuta, este tipo de intervenciones no pueden ser registradas por el terapeuta ya que, evidentemente, éste no puede ser observador directo de sus conductas no conscientes. Sólo podría acaso percibirse de las mismas a posteriori si pudiera observarse a sí mismo en una grabación.

Una de las principales variables que hay que observar para conocer y comprender un proceso terapéutico y sus resultados es las intervenciones del terapeuta, es decir

qué hace éste para aumentar la probabilidad de un cambio positivo en el paciente de forma que disminuya su malestar.

II.A. Estrategias psicoterapéuticas que guían las intervenciones del terapeuta en la sesión

Se entiende por estrategia terapéutica cada una de las líneas principales de trabajo que debe seguir el terapeuta para conducir al paciente hacia los objetivos o cambios acordados. Los planes individualizados de tratamiento se concretan en estrategias terapéuticas y también, según el grado de detalle del plan, en las técnicas con las que las estrategias son llevadas a cabo.

II.B. Técnicas psicoterapéuticas aplicadas en la sesión

Son las intervenciones concretas del terapeuta mediante las cuales el terapeuta intenta desarrollar las estrategias terapéuticas seleccionadas dentro de la sesión. Como ya dijimos anteriormente, las técnicas psicoterapéuticas son responsables del 15% aproximadamente del cambio terapéutico, según la estimación de Lambert (1992). Sólo si las técnicas son registradas se podrá conocer ulteriormente hasta qué punto una estrategia terapéutica ha sido de hecho puesta en práctica.

II.C. Tareas prescritas para el próximo período inter-sesiones

Las tareas prescritas para casa constituyen técnicas en sí mismas. Conviene sin embargo resaltarlas entre el común de las técnicas aplicadas en la sesión en tanto en que su seguimiento por el paciente y los resultados obtenidos deben ser evaluados en la sesión siguiente.

III. Otros datos relevantes sobre la sesión

En este apartado se anotaría cualquier otra información que el terapeuta juzgue relevante de cara a la comunicación y comprensión del proceso terapéutico y que entienda que cae fuera del dominio de las categorías anteriores del registro. En tanto que las categorías de este protocolo intentan situarse en un nivel de análisis supraordenado en relación con las categorías o conceptos de las diferentes escuelas de psicoterapia, es bastante probable que los psicoterapeutas que lo usen quieran registrar datos que consideren relevantes desde su marco teórico específico (psicoanalítico, sistémico, cognitivo, etc.) y que piensen que no tengan cabida en las categorías propuestas hasta ahora.

Principios guía para la cumplimentación e interpretación del registro

1. Sólo se registrará la información de mayor relevancia para la comprensión del proceso terapéutico.
2. El protocolo de registro no debe entenderse como una entrevista directiva. Sus categorías o apartados no constituyen los ítems de un instrumento de auto-informe, ni un guión ordenado que el terapeuta debe seguir durante la sesión. Sólo indican aquellos factores básicos, entre otros más que él cada terapeuta estime oportunos, a los que conviene atender durante la sesión. La información no aparecerá durante la sesión en el mismo orden en que se clasifica en el registro: es el terapeuta quien debe ordenarla a partir de la información general recibida durante la sesión.
3. Aunque una de las fuentes principales de información para las anotaciones del

terapeuta en el registro de sesiones de psicoterapia es la información ofrecida explícitamente por el paciente durante la sesión, las anotaciones dependerán exclusivamente de la selección y análisis que el terapeuta haga de dicha información. El registro no es un cuestionario donde se recogen las respuestas verbales del paciente a una serie de preguntas, sino un instrumento para facilitar el análisis que el terapeuta hace de la sesión. El terapeuta incluirá en él en muchos casos información totalmente ajena al discurso del paciente, derivada sólo de sus propias conclusiones sobre lo ocurrido en la sesión.

4. Aunque pudiera parecer que cumplimentar un registro así puede ocupar más de 10-15 minutos al tener que analizar y clasificar la información de la sesión, entendemos que esto no es así en tanto que dicho procesamiento necesario de la información se realizaría durante la sesión misma. La duración mencionada estaría destinada únicamente a escribir el registro a partir del análisis de la información durante la sesión misma.
5. El registro de algunos datos de la sesión puede ser oportuno en más de una categoría simultáneamente. Así, por ejemplo, el incumplimiento de las tareas prescritas para casa puede ser registrada tanto en el apartado I.A (*Cumplimentación de las tareas para casa*) como en el I.D.2. (*Cambios en la alianza terapéutica en relación con el acuerdo en las tareas*) en el caso de que el terapeuta atribuya dicho incumplimiento a un desacuerdo del paciente con las tareas que se le prescribieron para el último período inter-sesiones.
6. Las categorías incluidas en el registro no excluyen otras que el terapeuta con-

sidere oportunas desde el punto de vista de su enfoque teórico. (De ahí la inclusión de la categoría abierta "III".)

7. Por supuesto, no en todas las sesiones surgirá información relevante para todas las categorías de información del registro. La ausencia de anotaciones en una categoría debería interpretarse generalmente como una ausencia de cambios relevantes en esa variable en relación con las sesiones anteriores.

Referencias

- Beitman, B.D. (1987). *The Structure of Individual Psychotherapy*. Nueva York: Guilford.
- Beitman, B.D. y Yue, D. (1999). *Learning Psychotherapy: A time-efficient, research-based, and outcome-measured Psychotherapy Training Program*. Nueva York: Norton.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16 (3), 252-260.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19 (2), 205-221.
- Cormier, W.H. y Cormier, L.S. (2000). *Estrategias de entrevistas para terapeutas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Egan, G. (1986). *The skilled helper: A systematic approach to effective helping*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Epting, F.R. (1984). *Personal Construct Counseling and Psychotherapy*. Nueva York: Wiley.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

- InfoCOP (2008). La salud mental española en el punto de mira. *Infocop*, 40, 4-5.
- Kazantzis, N. y Ronan, K.R. (Eds.). (2006). Integration of Between-Session (Homework) Activities into Psychotherapy *Journal of Psychotherapy Integration*, 16 (2).
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectic Therapists. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (Comps.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (págs. 94-129). Nueva York: Basic Books.
- Millon, Th. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Pizer, S.A. (1992). The negotiation of paradox in the analytic process. *Psychoanalytic Dialogues*, 2 (2), 215-240.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy*, 20, 161-173.
- Safran, J.D. y Muran, J.C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A relational treatment guide*. Nueva York: Guildford Press.
- Stiles, W.B. (1995). Levels of Therapists' Intended Meaning. En J. Siegfried (Ed.), *Therapeutic and Everyday Discourse as Behavior Change. Towards a Micro-analysis in Psychotherapy*. (págs. 93-97) Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Company.
- Summers, R.F. y Barber, J.P. (2003). The Therapeutic Alliance as a Measurable Psychotherapy Skill. *Academic Psychiatry*, 27 (3), 160-165.

Anexo

REGISTRO ESCRITO DE SESIÓN DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Paciente:

H^a. Cl. N^o.:

Psicoterapeuta:

Fecha de la sesión:

Sesión N^o:

I. FACTORES QUE DETERMINAN LAS INTERVENCIONES DEL TERAPEUTA EN LA SESIÓN

I.A. CUMPLIMENTACIÓN DE TAREAS PARA CASA

I.B. EVALUACIÓN DEL ÚLTIMO PERÍODO INTER-SESIONES

I.B.1. Cambios en el paciente

I.B.1.a. Evolución clínica

I.B.1.b. Cambios en grado de capacidad

I.B.2. Posibles factores inductores de los cambios detectados en el paciente

I.B.2.a. Técnicas

I.B.2.b. Factores comunes de las psicoterapias

I.B.2.c. Expectativas del paciente o efecto placebo

I.B.2.d. Cambio extra-terapéutico

I.B.3. Proceso de cambio

FASES DEL PROCESO DE CAMBIO		INDICADORES DE LA FASE SELECCIONADA
Pre-contemplación		
Contemplación		
Motivación		
Determinación		
Acción		
Mantenimiento		
Recaída		

I.C. INFORMACIÓN NUEVA RELEVANTE PARA LA FORMULACIÓN TEÓRICA DEL CASO

I.D. CONDUCTAS DEL PACIENTE QUE SEÑALAN CAMBIOS EN LA ALIANZA TERAPÉUTICA

I.D.1. Cambios en la alianza terapéutica en relación con el acuerdo en los objetivos

I.D.2. Cambios en la alianza terapéutica en relación con el acuerdo en las tareas

I.D.3. Cambios en la relación terapéutica en relación con el vínculo positivo entre paciente y terapeuta

I.E. RESISTENCIAS

Resistencia		Indicadores de las resistencias detectadas
Resistencias debidas a las variables del cliente	Déficit de conocimiento o habilidades necesarios para el cambio	
	Motivación insuficiente para el cambio	
	Temores asociados a las diferentes fases del proceso de cambio	
	Cogniciones desadaptativas (ansiógenas, depresógenas, etc.)	
	Mecanismos de defensa	
	Transferencia	
	Incumplimiento de tareas para casa	
	Otras	
	Otras	
Resistencias debidas a variables ambientales (referidas al ambiente del paciente)	Contingencias reforzantes de las conductas problema (<i>beneficio secundario</i>)	
	Contingencias punitivas de las conductas de cambio terapéutico	
	Variables ambientales incompatibles con el cambio	
	Otras	

Resistencias debidas a las variables terapéuticas o al terapeuta	Expectativas sobre el paciente inapropiadas	
	Reacción contratransferencial	
	Personalización de la resistencia del cliente	
	Recursos técnicos insuficientes	
	Otras	
	Otras	

II. INTERVENCIONES DEL TERAPEUTA

II.A. Estrategias psicoterapéuticas que guían las intervenciones del terapeuta en la sesión	II.B. Técnicas psicoterapéuticas aplicadas en la sesión
<i>E.A.</i>	<i>T.A.1.</i>
	<i>T.A.2.</i>
	<i>T.A.3.</i>
	<i>T.A.4.</i>
<i>E.B.</i>	<i>T.B.1.</i>
	<i>T.B.2.</i>
	<i>T.B.3.</i>
	<i>T.B.4.</i>
<i>E.C.</i>	<i>T.C.1.</i>
	<i>T.C.2.</i>
	<i>T.C.3.</i>
	<i>T.C.4.</i>

<i>E.D.</i>	<i>T.D.1.</i>
	<i>T.D.2.</i>
	<i>T.D.3.</i>
	<i>T.D.4.</i>

II.C. TAREAS PRESCRITAS PARA EL PRÓXIMO PERÍODO ENTRE-SESIONES

III. OTROS DATOS RELEVANTES SOBRE LA SESIÓN