

Artículo

## Estudio de la Interacción Verbal Directa Durante la Terapia: Efecto del Moldeamiento y las Contingencias del Terapeuta

José Manuel Sánchez-Olid  y Luis Valero-Aguayo 

Universidad de Málaga, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Enero 25, 2024  
Aceptado: Marzo 21, 2024

#### Palabras clave:

Interacción terapéutica  
Conducta verbal  
Moldeamiento  
Observación  
Categorización  
Psicoterapia Analítica Funcional

### RESUMEN

Se presenta una investigación sobre la interacción terapéutica directa, cuyo objetivo es analizar el mecanismo de moldeamiento progresivo y las contingencias implementadas por el terapeuta como un posible mecanismo del cambio terapéutico. Han participado tres personas con diferentes problemas psicológicos, en un diseño de caso único con líneas-base concurrentes, a lo largo de ocho sesiones de intervención. Se ha utilizado un sistema de observación, registro y clasificación (SCAFIT) de las respuestas verbales, siguiendo los principios de la Psicoterapia Analítica Funcional. Este sistema implica un análisis meticuloso de las conductas clínicamente relevantes del cliente y las consecuencias de reforzamiento/castigo del terapeuta. Los resultados han mostrado ese efecto de moldeamiento verbal, disminuyendo las conductas poco adecuadas (CCR1) y aumentando progresivamente las conductas adecuadas (CCR1 y 2). La fiabilidad de los observadores, evaluada a través del índice *Kappa* ha sido elevada (entre 0.56 y 0.65). Las correlaciones entre las conductas de cliente y terapeuta también han sido elevadas (entre  $r = 0.82$  y  $0.99$ ). Por su parte, el análisis *lag-secuencial* y el índice de *Q* de Yule ha sido significativo y con valores elevados (entre 0.48 y 0.99). Estos resultados confirman la existencia de un proceso de moldeamiento progresivo, que puede atribuirse a las contingencias que va aplicando el terapeuta sesión a sesión. Este sistema introduce una herramienta analítica de utilidad, aplicable para estudiar las interacciones momento a momento que tienen lugar dentro una terapia, y que también podría aplicarse a cualquier otro tipo de terapia verbal.

### Examining Direct Verbal Interaction Through Therapy: Therapist Shaping and Contingencies Effect

#### ABSTRACT

An investigation of direct therapeutic interaction is presented, aiming to elucidate the mechanism of progressive shaping and the contingencies implemented by the therapist as a possible mechanism of therapeutic change. Using a single-case design with concurrent baselines, three individuals with distinct psychological issues participated in an 8-session intervention. A system of observation, recording and classification (SCAFIT) of verbal responses, aligning with the principles of Functional Analytic Psychotherapy, was used. This involved a meticulous analysis of clinically relevant client behaviors and therapist-administered reinforcement/punishment consequences. The results showed a verbal shaping effect, reducing inappropriate behaviours (CCR1) and a simultaneous progression in appropriate behaviours (CCR1 and 2). Observer reliability, assessed through *Kappa* between 0.56 and 0.65, indicated high agreement. Furthermore, strong correlations between the client's and the therapist's behaviours (between  $r = 0.82$  and  $0.99$ ) were observed. *Lag-sequential* analysis and Yule's *Q* index were significant and high values (between 0.48 and 0.99). The findings confirmed the existence of a progressive shaping process attributed to therapist-applied contingencies. This study introduces a practical analytical tool, applicable for moment-to-moment interactions within therapy sessions. Grounded in Functional Analytic Psychotherapy, it holds promise to broader application across various verbal therapeutic modalities.

#### Keywords:

Therapeutic relationship  
Verbal behavior  
Shaping  
Observation  
Categorization  
Functional Analytic Psychotherapy

## Introducción

### La Interacción Terapéutica

La *relación terapéutica* se ha considerado desde múltiples opciones psicológicas como un componente fundamental de la eficacia terapéutica. Desde la propia modificación de conducta más clásica (Agras, 1975; Kazdin, 1996; Miltenberger, 2013) siempre se ha reconocido el papel del terapeuta y su relación, como estimulación antecedente, consecuente o motivacional, como la herramienta básica a manejar en el proceso terapéutico. En esa historia, ha habido autores que defendían su papel como factor añadido a las técnicas (como variables “inespecíficas”, tales como empatía, protección, calor, cercanía, etc.) (Norcross y Wampold, 2011); mientras otros desdeñaban ese papel y asumían que solo las técnicas eran los mecanismos de cambio importantes (Ardito y Rabellino, 2011; Baier et al., 2020).

Desde las terapias contextuales, y más en concreto a partir de la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991/2021, Tsai et al., 2009/2023), se pone el énfasis en esa interacción como mecanismo de cambio. En este caso, la interacción terapéutica sería el contexto dentro del cual ocurren los cambios terapéuticos, propiciados por la interacción verbal y emocional que se produce durante ese diálogo en la consulta. En concreto, el terapeuta FAP moldea la conducta mediante reforzamiento diferencial por aproximaciones sucesivas a lo largo del diálogo y de la interacción terapéutica que se produce en las sesiones. El terapeuta proporciona reforzamiento social y provoca las situaciones en las que moldear y propiciar nuevas conductas en el cliente, dentro del marco de la propia interacción en directo (Follette y Bonow, 2009).

De esta forma, la relación terapéutica no es algo abstracto o mediacional, sino que se trata de la propia conducta de interacción directa que ocurre entre terapeuta y cliente. Ese diálogo es el contexto que ofrece la oportunidad para que el cliente aprenda nuevas conductas, responda de una forma más efectiva, y reciba contingencias que fortalezcan conductas interpersonales más adecuadas a su entorno.

Sin embargo, muy pocos estudios clínicos sobre la eficacia de las terapias psicológicas (excepto en aquellas que incluyan variables fisiológicas) utilizan mediciones directas de las conductas o problemas que presenta el individuo. Incluso, cuando se utilizan variables intermedias, estas se obtienen a partir de correlaciones de los datos obtenidos de cuestionarios de múltiples participantes. Pero, además, solo se mide antes y después del tratamiento, en periodos de tiempo que pueden durar hasta varios meses, y donde pueden haber ocurrido cientos de procesos y circunstancias para que el individuo cambie. En suma, continuamos a ciegas sobre los mecanismos exactos de actuación y por qué se produce el cambio de las conductas que eran problemáticas inicialmente (Boswell, 2015). Ello obliga a utilizar metodologías observacionales para estudiar el proceso tal como se produce paso a paso, y diseños de medidas repetidas que permitan valorar esos cambios progresivos (Holman y Koerner, 2014; Lipien et al., 2023).

### Estudio de la Interacción Verbal

Entre los primeros estudios observacionales sobre la relación terapéutica se encuentran los de Truax (1966) sobre

las interacciones verbales de Carl Rogers y sus clientes; el de Hill (1986) sobre el sistema de asesoramiento terapéutico; el de Russell y Trull (1986) analizando las secuencias verbales; también el de Schindler et al., (1989) estudiando las interacciones durante la psicoterapia. Los resultados de estos estudios son similares, es decir, el terapeuta influye fundamentalmente con su comportamiento, con sus contingencias verbales o gestuales, sobre la conducta del cliente. Sin embargo, no elaboraron un sistema de categorización y definición de conductas capaz de generalizarse a otros estudios (Gumz et al., 2015).

Actualmente, y para automatizar en lo posible estos sistemas de observación y registro, se utiliza *software* específico que permite esa codificación (*The Observer XT*, *Big Eye Observer*, *Boris Observation*) por parte de los observadores a partir de videos (Virués-Ortega et al., 2023). Con esta metodología, el grupo de investigación ACOVEO, dirigido por Froxán-Parga (Froxán-Parga et al., 2008, 2011; Montaña-Fidalgo et al., 2011, 2013; Ruiz-Sancho et al., 2013, 2015) se ha centrado en el estudio de las interacciones verbales entre terapeuta y cliente a lo largo del proceso terapéutico. Así, han registrado las verbalizaciones que se consideran pro-terapéuticas y su relación con las aprobaciones del terapeuta, y cómo las verbalizaciones anti-terapéuticas eran seguidas de desaprobaciones del terapeuta (Ruiz-Sancho et al., 2013). Los estudios de Calero-Elvira et al., (2013) y Froxán-Parga et al., (2011) utilizan el mismo sistema de categorías descriptivas y funcionales, pero recogiendo secuencias o fragmentos de diferentes sesiones.

Por su parte, el estudio de Montaña-Fidalgo et al. (2011) utilizó una codificación funcional del diálogo terapéutico, pero solo recogían periodos de 10 minutos de diferentes sesiones. En el estudio de Froxán y Calero (2011) mostraron que el propio proceso dialéctico durante la reestructuración cognitiva puede considerarse realmente un procedimiento de moldeamiento verbal, cuando las verbalizaciones del cliente se acercaban a determinadas conductas objetivo, el terapeuta las reforzaba, mientras que si las verbalizaciones se alejaban de los objetivos tendían a extinguirlas e incluso castigarlas verbalmente.

Otros estudios sobre esa interacción han tratado de ver la influencia del moldeamiento verbal como un componente activo del cambio verbal en los “pensamientos irracionales” (Pardo-Cebrián et al., 2021). Y se han desarrollado otros sistemas de codificación y evaluación de la interacción terapeuta-cliente (Lepienski y Da Silveira, 2017); o bien para analizar funcionalmente las verbalizaciones durante el proceso clínico general (Vargas de la Cruz et al., 2017). Desde una perspectiva más sistémica también se ha publicado un sistema de codificación de las interacciones de lenguaje durante la terapia (SICOLENTE, Rodríguez-Morejón et al., 2018) que llega a incluir 20 categorías en tres dimensiones: conversacional, terapéutico y contenido de la conversación; sin embargo, utilizan categorías exclusivamente descriptivas y lo hacen a partir de miles de secuencias de grabación, y no a lo largo del mismo caso clínico.

Desde la Psicoterapia Analítica Funcional, el primer sistema de codificación de las sesiones fue el *FAP Rating Scale* (FAPRS, Callaghan et al., 2008) que registraba a través de observadores independientes la codificación de cada una de las interacciones, por turnos, del cliente y el terapeuta. Una extensión de este sistema (Busch et al., 2010) ha intentado registrar las conductas específicas del terapeuta, pero con unos códigos que son solo topográficos o descriptivos, no de la interacción o las funciones en esa interacción.

Kanter et al., (2005) introdujo una técnica alternativa para codificar la frecuencia de las afirmaciones que se daban *in vivo*, registrando la proporción de afirmaciones concretas en relación al total de turnos de palabra en cada sesión, que mostraron que en terapia FAP se realizaban más afirmaciones centradas en el aquí ahora que en terapia cognitiva. Por su parte el estudio de Singh y O'Brien (2017) mostró que el terapeuta de FAP puede aumentar las conductas interpersonales tanto dentro como fuera de sesión.

Otra forma de estudiar las relaciones entre los mecanismos de cambio y los resultados es el análisis secuencial entre la conducta del terapeuta y la del cliente (Elliott, 2010). Un procedimiento de este tipo ha sido el análisis de patrones que indicaría estadísticamente el grado de influencia de una interacción sobre otra, a partir de la probabilidad de secuencias de habla entre terapeuta y cliente (Alonso-Vega et al., 2022). Este tipo de estudios rastrea la probabilidad de que la conducta del cliente sea debida a las acciones del terapeuta, por lo que se acerca grandemente a lo que sería un análisis funcional de lo que ocurre dentro de la sesión. De esta forma, evaluar o medir las respuestas del terapeuta en relación a las del cliente, reflejaría la relación funcional o “causa” de esos cambios.

### Moldeamiento y Funcionalidad del Lenguaje

Desde los estudios desde los años 60 sobre el condicionamiento operante durante la terapia (Efecto Greenspoon, 1955), se ha mostrado que las palabras objeto que reciben contingencias por parte del terapeuta incrementaban su frecuencia (Krasner, 1963; Dinoff et al., 1960; Truax, 1966). Estos estudios demostraban ya que lo que el cliente dice durante la terapia está muy influenciado de forma directa por las contingencias que presente el terapeuta. También se ha hablado del papel del condicionamiento verbal en las terapias contextuales o de tercera generación (Cautilli et al., 2005), y específicamente en la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP, Kohlenberg y Tsai, 1991/2021; Tsai et al., 2009/2023) por la importancia dada a las funciones del lenguaje. En FAP el terapeuta utiliza las contingencias sociales directas en sesión para disminuir unas conductas problemáticas (como clases de respuesta comunes) y para aumentar otras clases de respuesta más adaptativas. Las clases de respuesta se refiere a grupos de respuesta que pueden tener topografías o formas diferentes, pero que tienen la misma función o el mismo efecto sobre el ambiente (Follette et al., 1996). Este procedimiento se conoce como reforzamiento diferencial por aproximaciones sucesivas. Algo que ya definiera y utilizara Skinner (Peterson, 2013) para conseguir respuestas nuevas en las palomas de sus experimentos.

Durante la terapia, el profesional suele presentar un reforzamiento social y verbal generalizado, contingente ante las respuestas del cliente. Son interacciones que suponen atención al otro, afirmaciones, gestos, expresiones emocionales, etc., que son denominadas también como “validación” que pretenden aumentar la motivación del cliente hacia la propia interacción, continuar en ella, y proporcionar más informaciones sobre su vida y sus problemas. Sin embargo, el proceso de cambio se ha de producir mediante un reforzamiento contingente pero específico. El terapeuta se ha de fijar en determinadas conductas (conductas clínicamente relevantes, CCR) que constituyen los objetivos a cambiar. No son respuestas específicas, una a una, sino “clases de respuestas” agrupadas por su funcionalidad, en gran parte analizadas como

respuestas de escape o evitación ante determinados temas o interacciones personales. Una vez que el terapeuta, en las primeras sesiones, determina cuáles pueden ser esas conductas, comienza a utilizar reforzamiento específico sobre clases de respuestas-objetivo (por ejemplo, dudas continuas, hablar de sí mismo, hablar de sus sentimientos, reaccionar de forma emocional, sentido del humor, recordar experiencias aversivas, etc.). Conforme progresa la terapia, el terapeuta irá aplicando esas contingencias de manera diferencial para que vayan acercándose a nuevas conductas más adecuadas, que el cliente no mostraba al inicio del proceso.

Sin embargo, esta hipótesis no puede comprobarse siguiendo una metodología de investigación hipotético-deductiva, mediante grupos y comparaciones estadísticas de medias de puntuaciones de cuestionarios de muchos participantes o clientes. Y, menos aún, sería comprobable mediante comparaciones pre-post con cuestionarios al inicio y final de todo el proceso, puesto que la clave está en el proceso. Tampoco sería comprobable mediante comparaciones de un grupo experimental con moldeamiento, frente a otro grupo control sin ese proceso, puesto que no es posible realizar una terapia sin hablar y sin aplicar contingencias por parte del terapeuta (aunque a veces no sea consciente de que lo hace). La única metodología posible es la de caso único, con mediciones minuto a minuto, y donde se muestre el proceso progresivo que se va produciendo en las conductas clínicamente relevantes.

En este caso, entre las pocas investigaciones realizadas sobre el tema se encuentra la de Busch et al., (2009) que, basado en las categorías del cuestionario FAPRS, mostró el efecto y paralelismo entre las conductas del cliente y el paralelismo con el moldeamiento del terapeuta en una fase en que se aplicó FAP tras una terapia cognitivo-conductual. Mientras que el estudio de Mayo y Graciano (2014) utilizó las categorías de ese cuestionario, en un diseño reversible y multielementos, para ver los cambios en las CCR. Es similar el estudio de Muñoz-Martínez (2019), que utilizó un diseño de línea base múltiple, con tres participantes a los que se aplicó un tratamiento basado en FAP, para mostrar ese mecanismo de cambio por las contingencias de reforzamiento. Las relaciones entre las conductas relevantes de los clientes y las consecuencias que presentaban los terapeutas tenían una probabilidad de más del 60 %, en un análisis de lag-secuencial, y apenas eran significativas respecto a las variables como la alianza terapéutica o la intimidad de la relación.

Basándonos, pues, en los conceptos de conductas clínicamente relevantes de FAP y en uno de los mecanismos de cambio fundamentales propuestos desde esta terapia, es decir, el moldeamiento por aproximaciones sucesivas y el reforzamiento diferencial del terapeuta, se pretende probar que las contingencias aplicadas por el terapeuta son las responsables del cambio terapéutico observado progresivamente durante la terapia de FAP.

Así, pues, la hipótesis es que las conductas CCR1 (problemáticas) reciben contingencias de extinción o castigo social irán disminuyendo progresivamente a lo largo de las sesiones, mientras que las conductas CCR2 y CCR3 (deseables) que reciben contingencias de reforzamiento positivo del terapeuta irán aumentando progresivamente. De esta forma, mediante una línea base concurrente en los mismos participantes se producirá un contraste entre las dos clases de conductas al aplicarles contingencias diferentes.

Este estudio se ha realizado con un sistema observacional donde se ha registrado tanto la conducta del cliente como la del terapeuta,

con un sistema de categorías definidas para el cliente y para las posibles contingencias del terapeuta. Para probar esa relación, se han codificado todas las sesiones de tres casos clínicos diferentes, de forma que puedan ilustrarse esos resultados progresivos, de inicio a fin de la terapia, con datos observacionales de la interacción grabada directamente.

## Método

### Participantes

Los participantes provenían de un servicio de tratamiento psicológico *on-line*, ofrecido gratuitamente por un centro privado. A cambio del servicio prestado los participantes aceptaban utilizar sus datos e informaciones para propósitos educativos y de investigación. Para este estudio se utilizaron tres participantes (dos mujeres y un hombre) que cumplían las condiciones de inclusión y exclusión. Para su inclusión los participantes debían afirmar que experimentaban algún tipo de problema psicológico, bien relacionado con ansiedad, fobias, depresión, pensamientos repetitivos, preocupaciones excesivas, o problemas de autoestima. No se ha considerado como criterio de inclusión “padecer una patología” o tener un diagnóstico formal, puesto que el objetivo del estudio era demostrar el cambio producido por el terapeuta sesión por sesión, y no tanto la eliminación de un “trastorno” psicológico, sino en conductas concretas. Entre las condiciones de exclusión se consideraron que estuviesen ya bajo tratamiento psicológico o farmacológico, que su sufrimiento fuese muy intenso y/o crónico, que hubiesen tenido intentos de suicidio o autolesiones en el último año.

La primera participante, a la que llamaremos *Laura*, era una joven estudiante posgraduada de 24 años, que presentaba preocupación excesiva y rumiación de pensamientos contante, bien sobre el futuro o sobre sus relaciones sociales, también experimentaba recuerdos y pensamientos de culpabilidad sobre sus relaciones pasadas, y tenía respuestas emocionales tanto de miedo como de vergüenza al recordar esas situaciones. Ese tipo de comportamientos le había llevado también a abandonar sus actividades y contactos sociales.

La segunda participante, *Rocío*, era una joven estudiante de grado de 20 años, con un alto sentido de la responsabilidad y perfeccionismo, tenía dificultades para relaciones de mayor intimidad porque consideraba que las demás personas no cumplían sus expectativas, se sentía aislada, y se centraba en sus trabajos académicos como una forma de evitar esos sentimientos de frustración y soledad.

El tercer participante, *Roberto*, era un trabajador de una empresa tecnológica de 34 años, que presentaba ansiedad social y depresión, que afectaba grandemente a su vida actual y también a su trabajo. Había perdido la motivación y la energía para participar en actividades sociales y según él afirmaba también “la alegría en general”.

### Diseño

Se ha utilizado un diseño de línea base múltiple a través de tres conductas concurrentes. Se han registrado los tres tipos de CCR en cada uno de los participantes, durante las ocho sesiones de FAP aplicadas a los participantes. Como parámetro se utilizó la

frecuencia directa de ocurrencia de cada una de esas conductas por sesión. Además, como tales casos clínicos se realizó también una evaluación pre-post con cuestionarios para ver la eficacia general de tratamiento.

## Instrumentos

### Sistema de Codificación

Se ha creado un sistema de codificación funcional basado en las conductas clínicamente relevantes (CCR) desde FAP (Kohlenberg y Tsai, 1991/2021; Tsai et al., 2009/2023) y el análisis de las contingencias presentadas por el terapeuta, que hemos denominado SCARFIT (*Sistema de Clasificación para el Análisis Funcional de la Interacción Terapéutica*). Este sistema ya ha sido probado en investigaciones previas y otros casos clínicos anteriores (Sánchez-Olíd et al., 2022, 2023), y se ha refinado y abreviado en categorías para esta investigación. De esta forma, las categorías utilizadas son las siguientes:

*CCR1*: aquellas conductas del cliente relacionadas con sus motivos de consulta, quejas, problemas psicológicos o aquello que hacía sufrir al cliente según sus verbalizaciones.

*CCR2*: aquellas conductas del cliente que suponen una mejora, cambios positivos, o avances respecto a las CCR1, generalmente son conductas incompatibles o contrarias a los problemas iniciales.

*CCR3*: aquellas conductas verbales del cliente que describen relaciones funcionales sobre su propia conducta o sus relaciones, y elaboradas en su lenguaje cotidiano, sin términos técnicos.

*No relevante*: aquellas otras conductas del cliente que solo eran conversacionales, de carácter general, y no relacionadas con ninguna de las conductas anteriores.

En cada una de estas categorías se registraba también si el contenido era referido a la propia interacción o algo que ocurriese dentro de la sesión (se añadía el *código D*), o bien si lo que se hablaba era referido a algo fuera de la sesión, en la vida diaria del cliente (se añadía el *código F*). Por otra parte, para registrar las contingencias que pudiese presentar el terapeuta se codificaron las siguientes categorías de un análisis funcional que consideraba también el efecto sobre la conversación del cliente:

*Reforzamiento positivo (RP)*: implicaba la presentación por parte del terapeuta de cualquier comentario, afirmación, feedback, alabanza o continuar con el tema de la conversación. Se consideraba como tal si tras esta contingencia, el cliente continuaba con el mismo contenido.

*Reforzamiento negativo (RN)*: implicaba la retirada de cualquier comentario, cambio de tema o justificación por parte del terapeuta. Se registraba como tal si tras esta contingencia, el cliente continuaba con el mismo tema o contenido de la conversación.

*Castigo positivo (CP)*: implicaba la emisión verbal del terapeuta con comentarios negativos, críticas o rechazos sobre el tema de conversación. Se consideraba como tal si tras esta contingencia, el cliente no continuaba con ese contenido y cambiaba de tema.

*Castigo negativo (CN)*: implicaba la retirada de la atención, el silencio, o la ausencia de comentarios por parte del terapeuta.

Se consideraba así cuando tras esta contingencia el cliente no seguía con ese contenido o cambiaba sus verbalizaciones.

### Software

Por otra parte, los terapeutas y observadores utilizaron ordenadores portátiles con *webcams* y conexión a internet para llevar a cabo las sesiones *on-line*. Se utilizó la aplicación de *Google Meet* para las video-llamadas y *Open Broadcast Studio* (Lain, 2023) para grabar las sesiones en formato mp4. Los archivos de video se almacenaron en un servicio en la nube de Google, encriptados y protegidos con claves. Posteriormente, los observadores utilizaron el software de *Excel de Microsoft* para la categorización de las conductas de cada sesión, de forma que fuese posible su posterior conteo y análisis estadístico.

### Procedimiento

Todos los procedimientos siguen los estándares éticos del Colegio Oficial de Psicología y la Declaración de Helsinki y han sido aprobados por el comité ético de la Universidad de Málaga.

Los participantes inicialmente completaron un formulario de preinscripción en el sistema de tratamiento *on-line* del centro. Posteriormente, firmaban también el consentimiento informado para la grabación de las sesiones y la utilización de los datos para investigación y/o docencia. Se exploraba la historia de vida inicial con una serie de preguntas abiertas que respondían *on-line*, y los diversos cuestionarios adaptados también *on-line*. Todos los participantes dieron su permiso para la grabación en audio y video, y la presencia de un observador también en las sesiones, que no tenía contacto alguno con los participantes.

Cada participante realizó su tratamiento con un terapeuta diferente, todos ellos al menos cinco años de experiencia clínica, con entrenamiento de posgrado en psicoterapias contextuales. Los terapeutas conocían el objetivo general del estudio por la necesidad de grabación, pero no su relación con las contingencias que presentase durante el tratamiento. A partir de la evaluación y de la primera sesión, los terapeutas proporcionaban a los observadores el listado de CCR que consideraban para su cliente. De esta forma, las verbalizaciones eran registradas y categorizadas por otros tres terapeuta-observadores diferentes, a partir del video grabado, siguiendo el sistema de categorización definido anteriormente y el listado de CCR de cada cliente.

Para esa categorización se tenía presente siempre la secuencia en cadena de tres términos: cliente-terapeuta-cliente. De esta forma, se tenía en cuenta la siguiente respuesta del cliente para considerar si el terapeuta funcionalmente había utilizado reforzamiento o castigo en cada episodio verbal. Podemos verlo en este ejemplo de diálogo:

Cliente: *No tengo ganas de hacer nada hoy...* (CCR1)

Terapeuta: *Entiendo cómo te sientes... pero podemos comenzar por algo sencillo.* (castigo positivo)

Cliente: *Podemos hacer algo... aunque me cueste un poco* (CCR2)

Terapeuta: *Perfecto, me alegro de que te esfuerces para salir de esa desgana* (reforzamiento positivo)

Cliente: *Lo haré... ¿por dónde comenzamos?* (CCR2)

Así, entre los ejemplos de CCR en el caso de Laura tendríamos como CCR1 todas las expresiones verbales de tristeza (*"Me siento realmente mal"*), mientras que como CCR2 serían aquellas verbalizaciones sobre objetivos (*"Quiero leer cada día durante esta semana"*), y como CCR3 aquellas expresiones emocionales sobre los cambios que observa en sí misma (*"Me siento mejor cuando estoy con mis amigos que cuando me quedo sola en casa"*).

En el caso de Rocío como CCR serían las expresiones verbales de tener dificultades en sus relaciones con otras personas (*"Me siento cansada cuando tengo que hablar con alguien"*), mientras que hablar de sus propias necesidades sería una CCR2 (*"Tenía que hablar con él sobre su familia, y finalmente lo hice"*), y serían CCR3 las verbalizaciones sobre sus resultados sociales siendo más directas o asertivas en sus expresiones (*"Ahora me he dado cuenta de que solo tenía que expresar de forma más alta y más directa lo que quería de él"*).

En el caso de Roberto, serían CCR1 las respuestas verbales con monosílabos o "no sé" que daba frecuentemente, mientras que reír y hablar sobre cómo se sentía serían CCR2 (*"Estoy satisfecho con lo que hice, aunque no lo terminé"*), y serían CCR3 las verbalizaciones sobre activación o emociones positivas relacionadas con sus valores (*"Creo que ahora soy más feliz porque me he esforzado en mi trabajo y también en mis obligaciones, pero también en divertirme en mi tiempo libre"*).

Tras la intervención con ocho sesiones en cada participante, para igualar las condiciones entre ellos, se realizó la evaluación final. En ninguno de los casos hizo falta más sesiones para conseguir los cambios terapéuticos deseados.

### Análisis de Datos

El análisis de los resultados se hará por los datos directos en las tres líneas-bases de cada participante, estudiando también su *probable tendencia y correlación* entre las conductas del cliente (CCR) y las contingencias presentadas por el terapeuta.

Se ha calculado también la fiabilidad entre-observadores utilizando el *coeficiente Kappa* (Cohen, 1960) para cada sesión, y posteriormente el coeficiente medio para cada caso.

Se puede considerar la relación terapéutica en las intervenciones verbales como una serie de datos secuenciales, una serie de datos seriales que reflejan diferentes estados en el sistema terapéutico. Así es posible utilizar un análisis lag-secuencial para estudiar el nivel de dependencia entre las respuestas del cliente y la intervención del terapeuta. De esta forma, para comprobar la posible relación de dependencia entre las CCR del cliente y las contingencias del terapeuta se ha utilizado un análisis *lag secuencial* mediante el *software R*, utilizando como "*seqgroups*" las secuencias de códigos de la conducta del cliente y los códigos inmediatos de la contingencia que presentaba el terapeuta, dentro de cada sesión. Se ha utilizado el índice *Q de Yule* como medida de esa dependencia, donde (siguiendo a Rosenthal, 1996), un índice de 0.23 o menos se considera una relación pequeña, hasta 0.43 sería una relación moderada, y por encima de 0.44 se considera una relación elevada.



**Resultados**

**Fiabilidad**

En cada uno de los casos y cada sesión, han actuado dos observadores y clasificadores diferentes, trabajando de manera aislada sobre los videos. A partir de sus datos se calculó el coeficiente *Kappa* para cada sesión, y luego la media para cada caso. El coeficiente medio *Kappa* para Laura fue de 0.56, para Rocío de 0.65 y para Roberto de 0.63. Son índices que se consideran sustanciales (Landis y Koch, 1977), más aún con las 11 categorías que cada observador tenía que clasificar.

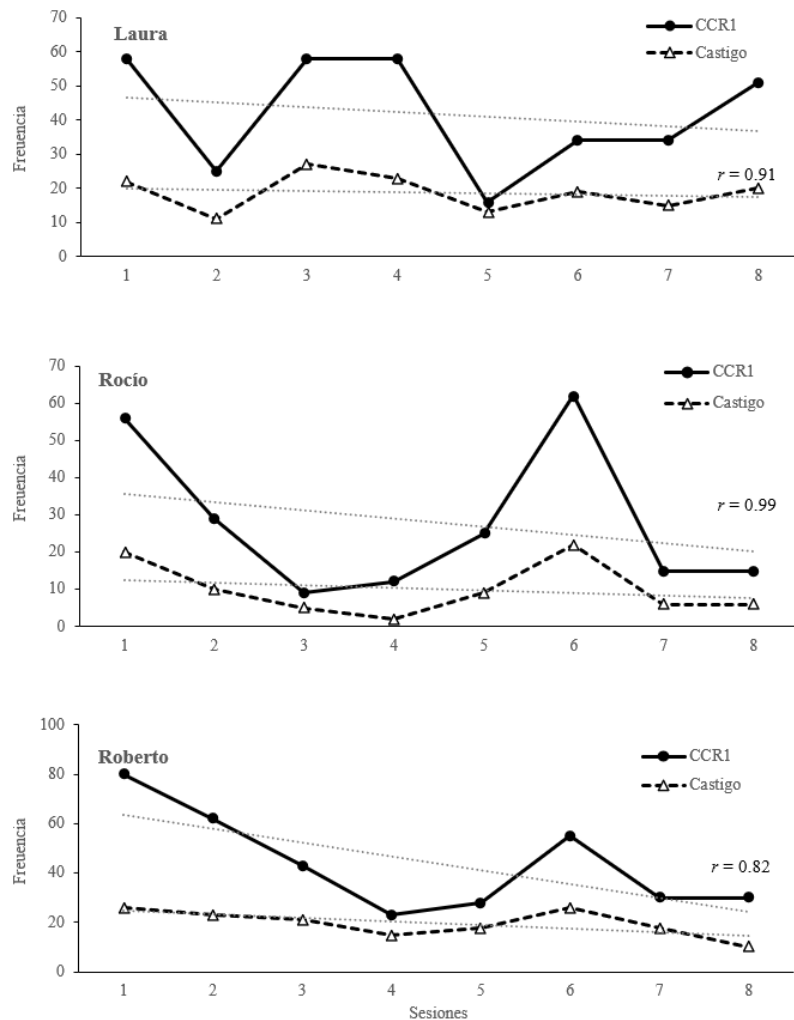
**Moldeamiento Verbal y Reforzamiento Diferencial**

En la figura 1 puede observarse la frecuencia de CCR1 de los tres participantes. Aunque hay variabilidad por alguna sesión, se aprecia la tendencia descendente de estas conductas problemáticas. De forma similar, en la figura 2 se aprecia aún

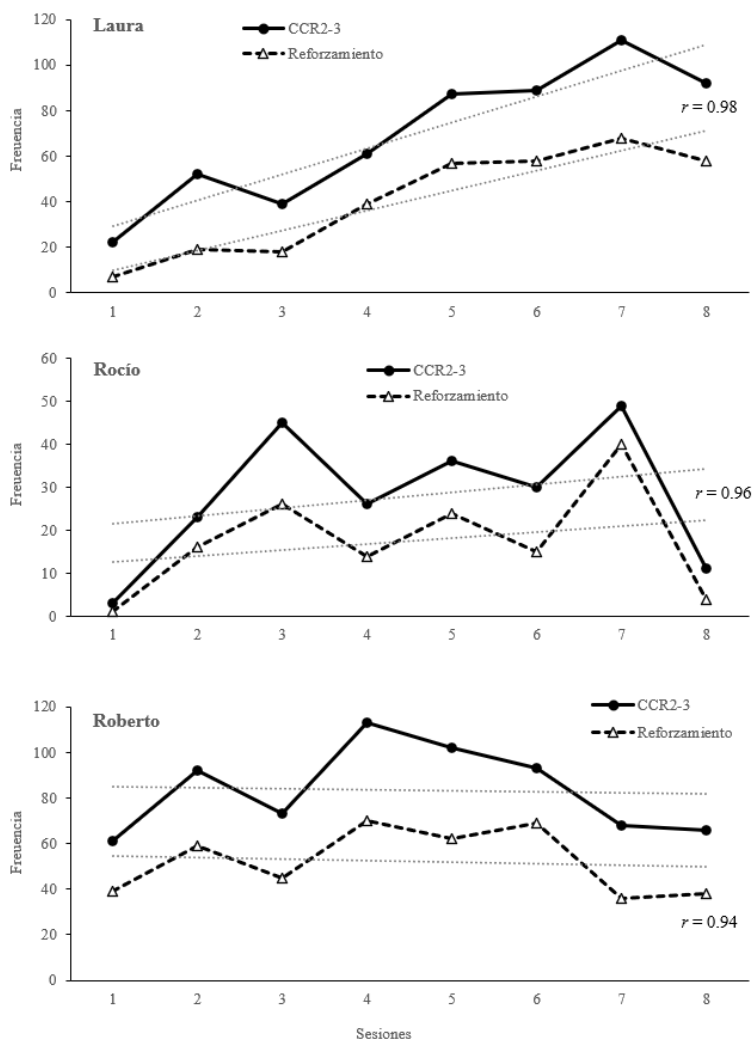
más claramente el aumento progresivo de las CCR2, con la pendiente ascendente de esa tendencia. En la gráfica se han incluido también las CCR3 puesto que serían reforzadas por el terapeuta y habrían de aumentar, pero son muy pocas y ocurre solo en las tres últimas sesiones.

El efecto de reforzamiento diferencial que va aplicando el terapeuta se muestra por el paralelismo entre las líneas de las CCR1, 2 y 3, y las correspondientes líneas que registran la frecuencia de reforzamiento y de castigo pertinente que se aplica en cada sesión. En las CCR1 la aplicación de castigo se correlaciona con un índice de 0.91 en el caso de Laura, de 0.99 en el de Rocío, y de 0.82 en el caso de Roberto (ver figura 1). También en el caso de la aplicación de reforzamiento sobre las CCR1 y 2, aparece una correlación de 0.98 en el caso de Laura, de 0.96 para Rocío y de 0.94 para Roberto (ver figura 2). Siempre hay errores, y los terapeutas pueden equivocarse al presentar contingencias por la rapidez del diálogo y la interacción, pero esas altas correlaciones son indicadoras de esa contingencia sistemática de reforzamiento/castigo que va aplicando cada terapeuta sesión tras sesión.

**Figura 1**  
Relación Entre las CCR1 y las Contingencias de Castigo en Cada uno de los Participantes



**Figura 2**  
Relación Entre las CCR2 y CCR3, y las Contingencias de Reforzamiento en Cada uno de los Participantes



**Análisis Lag-secuencial**

Los códigos anteriormente mencionados se introducían en un fichero CSV como una lista simple continua de datos, con el número 999 para separar los datos de cada sesión en esa secuencia. En el programa R y el comando “*seqgroups*” se separaban los datos en grupos o segmentos, y se obtenían la interdependencia entre las respuestas, con un nivel de significatividad menor de 0.05.

En este caso, los datos de Laura mostraron una progresión ascendente a lo largo de las sesiones, con un incremento de 229.4 puntos entre la primera y la última sesión. Es decir, respondía de forma congruente tras las contingencias del terapeuta. Algo similar ocurrió con los datos de Rocío que obtuvo una diferencia de 228.2 puntos entre la primera y última sesión, aunque con mayor fluctuación en los valores. Y en el caso de Roberto las puntuaciones se mantuvieron más estables, con un ligero descenso en la parte final de la terapia.

Se estudió también la adecuación del terapeuta respecto a las conductas del cliente, es decir, si efectivamente castigaba

las CCR1 y reforzaba las CCR2 y 3, en ese moldeamiento progresivo, puesto que los terapeutas podrían equivocarse y reforzar o castigar las que no debían. De esta forma, se utilizó el índice *Q* de Yule, codificando como acierto aquellos códigos del cliente que correspondían a CCR1 castigadas y CCR2 y 3 reforzadas; mientras que se codificaron como errores aquellos códigos en que las CCR1 eran reforzadas y las CCR2 y 3 castigadas verbalmente. En la *tabla 1* aparecen los índices *Q* que muestran el grado de acierto/error del terapeuta. Siguiendo los criterios de Rosenthal (1996) sería alto cuando fuese mayor de 0.44. Como puede observarse en la *tabla 1*, todos los índices están por encima de ese criterio, lo que implica que en las distintas sesiones y participantes, los terapeutas fueron congruentes con las contingencias que debían aplicar. Sin embargo, ello no implica que no cometiesen errores, lo que haría fluctuar también la variabilidad en las CCR tal como se observa en las *figuras 1* y *2*. Sin embargo, este nivel de discriminación y ejecución correcta por parte de los profesionales ayuda a entender los cambios producidos durante el proceso terapéutico sesión a sesión.

**Tabla 1**

Índices de *Q* de Yule Sobre la Fiabilidad y Magnitud de las Diadas de Secuencias CCR-Consecuencia Entre Cliente y Terapeuta, en Cada una de las Sesiones y Participantes (Índices Superiores a 0.43 se Consideran Elevados)

Diadas Cliente-Terapeuta	Sesiones							
	1	2	3	4	5	6	7	8
<i>Laura</i>								
CCR1 – Castigo	.69	.49	.95	.50	.90	.68	.58	.48
CCR2 – Reforzamiento	.91	.95	.76	.93	.92	.95	.95	.93
<i>Rocío</i>								
CCR1 – Castigo	.99	.60	.88	.52	.81	.89	.79	.89
CCR2 – Reforzamiento	.79	.94	.98	.98	.97	.90	.99	.81
<i>Roberto</i>								
CCR1 – Castigo	.67	.59	.76	.68	.82	.64	.86	.67
CCR2 – Reforzamiento	.94	.93	.93	.97	.95	.94	.93	.94

## Discusión

La aplicación de un sistema observacional como este puede utilizarse para estudiar los cambios progresivos y los mecanismos efectivos de la acción del terapeuta, independientemente del modelo o tipo de estrategia terapéutica que utilice. Al fin y al cabo, todas las terapias psicológicas son fundamentalmente verbales, su mecanismo de actuación es la interacción verbal, la conversación entre terapeuta y cliente, aunque dentro de esa interacción intervengan también otros elementos como reglas verbales, ejercicios experienciales, conductas emocionales, etc. De esta forma, pues, estos resultados están en consonancia con otros estudios sobre el proceso de moldeamiento al realizar la reestructuración cognitiva (Froxán-Parga y Calero-Elvira, 2011; Pardo-Cebrián et al., 2021), y otras investigaciones que han utilizado otros sistemas de categorización para observar el cambio verbal durante la terapia (Busch et al., 2009; Mayo y Graciano, 2014; Muñoz-Martínez, 2019).

Este tipo de investigación se focaliza sobre conductas específicas, con definiciones operacionales sobre clases de respuestas. En este caso se ha partido de las CCR desde FAP, mientras que en otros estudios han partido de un análisis más formal de las respuestas que puedan dar el cliente o el terapeuta (Froxán-Parga et al., 2011; Virués-Ortega et al., 2011; Zamignani y Meyer, 2011). Aquí se asume una relación funcional entre una y otra, no meramente descriptiva, sino la función según la contingencia y resultado que obtenga en la secuencia del diálogo. Otros estudios han utilizado también sistemas de clasificación definiendo *a priori* qué conductas del terapeuta tienen una función de reforzamiento o castigo (Froxán-Parga et al., 2016; Moreno-Agostino et al., 2015; Muñoz-Martínez et al., 2022). Sin embargo, aquí se han definido según el efecto que esa contingencia tenga sobre la siguiente respuesta del cliente (estudiando tríadas de frases en el diálogo), lo que consideramos una definición más adecuada para un análisis funcional de la interacción verbal. Seguimos con ello la propia *Regla 4* de FAP en sus manuales (Kohlenberg y Tsai, 1991/2021; Tsai et al., 2009/2023) que implicaría “observar los efectos de la conducta del terapeuta sobre las respuestas del cliente”.

Esta investigación, por otro lado, ha utilizado un diseño de caso único, con líneas-base concurrentes, para demostrar el efecto progresivo y diferente que se produce en unas u otras conductas. De haber utilizado la metodología tradicional de comparación pre-post, tanto en grupos como en casos clínicos, no sería posible discriminar ese proceso de actuación paso a paso. Además, esta investigación ha tenido en cuenta todas las sesiones de los tres casos clínicos presentados, y todo el tiempo que dura cada sesión. Otras investigaciones han sido con sesiones escogidas aleatoriamente, o con solo unos minutos de cada sesión, etc., es decir, con registros parciales de muchos casos, y no con registros continuos minuto a minuto de varios casos únicos (Calero-Elvira et al., 2013; Ruiz-Sancho et al., 2015; Virués-Ortega et al., 2011; Zamignani y Meyer, 2011).

Las limitaciones lógicas de esta investigación parten de la variabilidad que también ocurre debidos a los terapeutas, y más al observar su actuación momento a momento. Aunque sería ya objeto de otras investigaciones, con esta misma forma de registro, estudiar los “errores” de los terapeutas, o qué verbalizaciones han ocurrido con exactitud que expliquen esa variabilidad dentro de una sesión. Además, hay que considerar que el sistema de categorías utilizado aquí, aunque sea funcional, hace referencia solo a las conductas verbales, no se incluyen otras conductas no-verbales, emocionales, gestuales, etc., tanto del cliente como del terapeuta, que pudieran influir también en las funciones de esas interacciones terapéuticas.

Además, aunque se han utilizado tres casos clínicos como demostración, sería deseable obtener generalización a partir de la replicación sistemática con más casos y variabilidad de participantes. De esta forma, se podría generalizar y afirmar ese efecto terapéutico del moldeamiento y el reforzamiento diferencial que podría considerarse común en toda relación terapéutica.

## Conclusiones

Se ha mostrado en esta investigación la forma de estudiar por observación directa y momento a momento la interacción verbal que tiene lugar entre terapeuta y cliente a lo largo de todo el proceso terapéutico. Se ha mostrado esa interacción en tres casos



clínicos diferentes, con problemas diferentes, llevados a cabo por terapeutas diferentes desde una perspectiva de las terapias contextuales y especialmente de la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP).

Los resultados han mostrado los cambios progresivos que se van produciendo a lo largo de la terapia momento a momento, a lo largo de todo el proceso de 8 sesiones. De esta forma, pues, se muestra cómo puede estudiarse la interacción terapéutica y, sobre todo, el mecanismo de acción propuesto desde la FAP del moldeamiento con reforzamiento diferencial que va aplicando el terapeuta de forma sistemática sobre las denominadas conductas clínicamente relevantes (CCR). Los datos han mostrado esa relación, no solo gráficamente sino también por el análisis correlacional, donde aparece el gran paralelismo entre las CCR1 y el castigo verbal del terapeuta, y también de las CCR2 y 3 y el reforzamiento del terapeuta para conseguir las mejoras del cliente.

Por otro lado, se ha mostrado esa relación a través de un análisis *lag-secuencial* que muestra la probabilidad de la continuidad CCR-Consecuencia de la interacción verbal cliente-terapeuta. Y, asimismo, el grado de fidelidad de los terapeutas para aplicar las contingencias adecuadas a cada conducta, aunque siempre con cierto grado de fluctuación y posibles errores.

Sin embargo, hay que considerar las dificultades de realizar una investigación clínica de este tipo, por la cantidad de horas y personas implicadas en la observación y clasificación de tantas sesiones, y su entrenamiento previo. El grupo de investigación continúa aplicando este modelo de observación y clasificación de las interacciones verbales en más casos, tanto realizados *on-line* como presenciales, y continua la tarea de registro y clasificación con observadores entrenados. Los cuestionarios o autorregistros aunque se utilicen de manera habitual en clínica, no serían los instrumentos de medición adecuados, puesto que son verbales y pierden su fiabilidad si se utilizan en todas las sesiones, solo servirían como una demostración del efecto general. Necesariamente una investigación así necesita de la observación directa, del registro en video y/o audio de todas las interacciones y sesiones, y la clasificación de esas interacciones siguiendo un sistema estructurado y definido de conductas. Quizás en algún momento, y con los avances de la inteligencia artificial generativa, se pueda realizar esta tarea mediante ordenadores y programas sofisticados de reconocimiento de voz o similar, pero por ahora se necesita de observadores humanos entrenados para hacer esa labor de transcripción, observación, registro y clasificación. Los avances futuros esperamos que nos permitan resolver estas dificultades.

### Contribución de los Autores

**José Manuel Sánchez-Olid:** llevó a cabo la investigación y el análisis de datos y redactó primera versión del texto.

**Luis Valero-Aguayo:** diseñó el estudio y colaboró en el análisis de los datos y la elaboración de las figuras, participó en la redacción de la primera versión del texto y se encargó de las siguientes revisiones y correcciones.

Los autores quieren agradecer la colaboración de tres terapeutas que llevaron a cabo la intervención y tres observadores entrenados para el registro de datos.

### Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Financiación

Este trabajo no ha recibido financiación externa.

### Disponibilidad de Datos y Materiales

Los conjuntos de datos generados y/o analizados durante el presente estudio están disponibles en el siguiente repositorio: [https://osf.io/ygfg83/?view\\_only=11d4b2903e0c4fa9a392282b470c4c0a](https://osf.io/ygfg83/?view_only=11d4b2903e0c4fa9a392282b470c4c0a)

### Referencias

- Agras, W.S. (1975). *Modificación de conducta: Principios y aplicaciones clínicas*. Toray.
- Alonso-Vega, J., Andrés-López, N., y Froxán-Pagara, M.X. (2022). Verbal interaction pattern analysis in clinical psychology. *Frontiers in Psychology*, 13, 949733. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.949733>
- Ardito, R.B., y Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2, 270. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>
- Baier, A.L., Kline, A.C., y Feeny, N.C. (2020). Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research. *Clinical Psychology Review*, 82, 101921. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101921>
- Boswell, J.F. (2015). Psychotherapy: Process, mechanism, and science-practice integration. *Psychotherapy*, 52(1), 38-44. <https://doi.org/10.1037/a0038579>
- Busch, A.M., Kanter, J.W., Callaghan, G.M., Baruch, D.E., Weeks, C.E., y Berlin, K.S. (2009). A micro-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy*, 40, 280-290. <https://doi.org/10.1005/0005-7894/08/0280-0290>
- Busch, A.M., Callaghan, G.M., Kanter, J.W., Baruch, D.E., y Weeks, C. (2010). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: A replication and extension. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 11-19. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9122-8>
- Calero-Elvira, A., Froxán-Parga, M.X., Ruiz-Sancho, E.M., y Alpañés-Freitag, M. (2013). Descriptive study of the Socratic method: Evidence for verbal shaping. *Behavior Therapy*, 44, 625-638. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.08.001>
- Callaghan, G.M., Follette, W.C., Ruckstuhl, L.E., y Linnerooth, P.J.N. (2008). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS): A behavioral psychotherapy coding system. *The Behavior Analyst Today*, 9(1), 98-116. <https://doi.org/10.1037/h0100648>
- Cautilli, J., Riley-Tillman, T.C., Axelrod, S., y Himeline, P. (2005). The role of verbal conditioning in third generation behavior therapy. *The Behavior Analyst Today*, 6(2), 137-145. <https://doi.org/10.1037/h0100062>
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37-46. <https://doi.org/10.1177/001316446002000104>
- Dinoff, M., Horner, R.F., Kurpiewski, B.S., Richard, H.C., y Mimmons, E.O. (1960). Conditioning verbal behavior of a psychiatric population

- in group therapy-like situation. *Journal of Clinical Psychology*, 16(4), 371-372. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(196010\)16:4](https://doi.org/10.1002/1097-4679(196010)16:4)
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135. <https://doi.org/10.1080/10503300903470743>
- Follette, W.C., Naugle, A.E., y Callaghan, G.M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(96\)80047-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80047-5)
- Follette, W.C., y Bonow, J.T. (2009). The challenge of understanding process in clinical behavior analysis: The case of Functional Analytic Psychotherapy. *The Behavior Analyst*, 32(1), 135-148. <https://doi.org/10.1007/BF03392179>
- Froxán-Parga, M.X., y Calero-Elvira, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19(3), 659-682.
- Froxán-Parga, M.X., Montaña-Fidalgo, M., Calero-Elvira, A., García-Soler, A., Garzón-Fernández, A., y Ruiz-Sancho, E.M. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema*, 20, 603-609.
- Froxán-Parga, M.X., Montaña-Fidalgo, M., Calero-Elvira, A., y Ruiz-Sancho, E. (2011). Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico. *Clinica y Salud*, 22, 69-85.
- Froxán-Parga, M.X., Ruiz-Sancho, E.M., y Calero-Elvira, A. (2016). A theoretical and methodological proposal for the descriptive assessment of therapeutic interactions. *Psychotherapy Research*, 28(1), 48-69. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.935518>
- Greenspoon, J. (1955). The reinforcing effect of two spoken sound on the frequency of two responses. *American Journal of Psychology*, 68, 409-416. <https://doi.org/10.2307/1418524>
- Gumz, A., Treese, B., Marx, C., Strauss, B., y Wendt, H. (2015). Measuring verbal psychotherapeutic techniques: A systematic review of intervention characteristics and measures. *Frontiers in Psychology*, 6, 01705. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01705>
- Hill, C.E. (1986). An overview of the Hill counselor and client verbal response mode category systems. En L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. (pp. 131-159). The Guilford Press.
- Holman, G., y Koerner, K. (2014). Single case designs in clinical practice: A contemporary CBS perspective on why and how to. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 138-147. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.04.006>
- Kanter, J.W., Schildkraut, J.S., y Kohlenberg, R.J. (2005). In-vivo processes in cognitive therapy for depression: Frequency and benefits. *Psychotherapy Research*, 15, 366-373. <https://doi.org/10.1080/10503300500226316>
- Kazdin, A.E. (1996). *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas*. Manual Moderno.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1991/2021). *Psicoterapia Analítico Funcional: Creando relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Psara Editorial.
- Krasner, L. (1963). Reinforcement, verbal behavior, and psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 33, 601-603. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1963.tb01008.x>
- Lain (2023). *Open Broadcaster Software*. [Software]. <https://obsproject.com/es>
- Landis, J.R., y Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Lepienski, A.F., y Da Silveira, J.M. (2017). Relações entre uma supervisão em Psicoterapia Analítica funcional e as respostas de uma terapeuta e su cliente em sessão. *Acta Comportamental*, 25(3), 347-363.
- Lipien, L., Kirby, M., y Ferron, J. M. (2023). Single-case designs. En J. L. Matson (Eds.), *Handbook of applied behavior analysis: Autism and child psychopathology series* (pp. 347-362). Springer.
- Mayo, A., y Graciano, A.E. (2014). *Cambios en las Conductas Clínicamente Relevantes CCR3, tras el uso diferencial de reglas terapéuticas dirigidas a la modificación de las Conductas Clínicamente Relevantes 1 y 2 en la Psicoterapia Analítica Funcional* (tesis de máster). Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia.
- Miltenberger, R.G. (2013). *Modificación de conducta: Principios y procedimientos*. Pirámide.
- Montaña-Fidalgo, M., Froxán-Parga, M.X., Ruiz-Sancho, E.M., y Virués-Ortega, F.J. (2011). El proceso terapéutico “momento a momento” desde una perspectiva analítico-funcional. *Clinica y Salud*, 22, 101-119.
- Montaña-Fidalgo, M., Martínez-Sánchez, H., Froxán-Parga, M.X., y Calero-Elvira, A. (2013). The role of verbal behavior in the analysis of the therapeutic process. *Conductual - International Journal of Interbehaviorism and Behavior Analysis*, 1, 62-72. <https://doi.org/10.59792/CMJO7179>
- Moreno-Agostino, D., Galván-Domínguez, N., y Álvarez-Iglesias, A. (2015). Relationship between the client's adaptive verbalizations and the therapist's verbal behaviour in the clinic context. *Clinica y Salud*, 26(3), 131-139. <https://doi.org/10.1016/j.Clysa.2015.07.001>
- Muñoz-Martínez, A.M. (2019). *Assessing the mechanism of change of Functional Analytic Psychotherapy: Exploratory analysis of a process-based behavioral intervention* (tesis doctoral). Universidad de Nevada.
- Muñoz-Martínez, A.M., Stanton, C.E., Ta, J.D., Molie, A.M., y Follette, W.C. (2022). Linking process to outcome in Functional Analytic Psychotherapy: Evaluating the behavioral mechanism of change of a process-based therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 102-111. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.04.001>
- Norcross, J.C., y Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48, 98-102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Pardo-Cebrián, R., Virués-Ortega, J., Calero-Elvira, A., y Guerrero-Escagedo, M.C. (2021). Toward and experimental analysis of verbal shaping in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 32(4), 497-510. <https://doi.org/10.1080/10503307.221.1955418>
- Peterson, G.B. (2013). A day of great illumination: B.F. Skinner's discovery of shaping. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 8(13), 317-328. <https://doi.org/10.1901/jeab.2004.82-317>
- Rodríguez-Morejón, A., Zamanillo, A., Iglesias, G., Moreno-Gámez, A., Navas-Campaña, D., Moreno-Peral, P., et al. (2018). Development of the therapeutic language coding system (SICOLENTE): Reliability and construct validity. *PLoS One*, 13(12), e0209751. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209751>
- Rosenthal, J.A. (1996). Qualitative descriptors of strength of association and effect size. *Journal of Social Service Research*, 21, 37-59. [https://doi.org/10.1300/j079v21n04\\_2](https://doi.org/10.1300/j079v21n04_2)
- Ruiz-Sancho, E., Froxán-Parga, M.X., y Calero-Elvira, A. (2013). Functional analysis of verbal interaction between psychologist and client during the therapeutic process. *Behavior Modification*, 37(4), 516-542. <https://doi.org/10.1177/0145445513477127>
- Ruiz-Sancho, E., Froxán-Parga, M. X., y Galván-Domínguez, N. (2015). Verbal interaction patterns in the clinical context: A model of how people change in therapy. *Psicothema*, 27, 99-107.
- Russell, R.L., y Trull, T. (1986). Sequential analyses of language variables in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 16-21. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.1.16>
- Sánchez-Olíd J.M., y Valero-Aguayo, L. (2023). ¿Qué cambia cuando la persona cambia? Evaluación del cambio en psicoterapia momento a

- momento mediante un sistema observacional (SCAFIT). *XI Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica, Faro* (Portugal).
- Sánchez-Olid, J.M., Muratore, J., y Vilches, M. (2022). Caso online de problemas emocionales tras ruptura con terapia de aceptación y compromiso, psicoterapia analítico funcional y activación conductual: Estudio del moldeamiento verbal. *VIII Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud, Almería*.
- Schindler, L., Hohenberger-Sieber, E., y Hahlweg, K. (1989). Observing client-therapist interaction in behavior therapy: Development and first application of an observational system. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 213-226. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1989.tb01371.x>
- Singh, S., y O'Brien, W.H. (2017). Functional Analytic Psychotherapy for nursing home residents: A single-subject investigation of session-by-session changes. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 47, 173-180. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9352-5>
- Truax, C.B. (1966). Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 1-9. <https://doi.org/10.1037/h0022912>
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Kohlenberg, B., y Follette, W.C. (2009/2023). *Una guía de la Psicoterapia Analítica funcional: Conciencia, coraje, amor y conductismo*. Psara Editorial.
- Vargas de la Cruz, I., Pardo-Cebrián, R., Martínez, H., y Froxán-Parga, M.X. (2017). Las verbalizaciones tipo regla del terapeuta a lo largo del proceso clínico. *Universitas Psychologica*, 16(1), 1-15. <https://dx.doi.org/10.11144/javeriana.upsy16.l.vtrt>
- Virués-Ortega, J., Delgado-Casas, C., Martín, N., Tarifa-Rodríguez, A., Reina-Hidalgo, A.J., Cox, A.D., y Navarro-Guzmán, J.I. (2023). Accuracy of paper-and-pencil systematic observation versus computer-aided systems. *Behavior Research Methods*, 65(2), 855-866. <https://doi.org/10.3758/s13428-022-01861-0>
- Virués-Ortega, J., Montaña-Fidalgo, M., Froxán-Parga, M.X., y Calero-Elvira, A. (2011). Descriptive analysis of the verbal behavior of a therapist: A known-group validity analysis of the putative behavioral functions involved in clinical interaction. *Behavior Therapy*, 42, 547-559. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.12.004>
- Zamignani, D.R., y Meyer, S.B. (2011). Therapist verbal behavior in the multidimensional system for coding behaviors in therapeutic interaction (SiMCCIT). *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 2(1), 25-45. <https://doi.org/10.18761/perspectivas.v2i1.49>

