



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Psicología

**Investigación del proceso
psicoterapéutico: Sistemas de clasificación
funcional**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Gisela Alejandra Murillo Torres
Modalidad:	Revisión teórica
Director/a:	Frank García-Castrillón Armengou
Fecha:	21 de junio de 2023

*A mi padre Javier, porque aún desde el
empíreo me sigues inspirando, apoyando y guiando.*

*A mi madre, Martha, gracias por ser la primera
persona en confiar en mi pasión por la psicología.*

*A mi compañero de vida, Matthias, por
apoyar mis ideales y por ser mi máximo apoyo en esta etapa.*

*A mi hermano, Luis, porque tu tenacidad
ha sido mi ejemplo, gracias por impulsarme.*

Resumen

La investigación en psicoterapia por muchos años estuvo ocupada en los resultados y las psicoterapias más efectivas, pero en la actualidad, la investigación en procesos es el tema de la psicoterapia. Destacando la metodología observacional por su practicidad, se desarrollan tres sistemas de clasificación funcional de las verbalizaciones en sesión. El objetivo principal de este trabajo es valorar la investigación desde una perspectiva funcional de las verbalizaciones en contraste con una descriptiva. Para esto, se abordará la historia de la investigación en procesos, así como sus características y planteamientos que se han realizado para dar razón del proceso de cambio y se ahondará en el desarrollo de los sistemas de clasificación. Para ello, se realizará una revisión bibliográfica general acerca de los avances en el área de los procesos en psicoterapia, los debates en el ámbito y las propuestas funcionales. Los resultados obtenidos muestran que la pluralidad de estudios y aportes realizados desde diferentes enfoques, con diferentes unidades de análisis y las dificultades metodológicas implicadas, han impedido llegar a un consenso. La clasificación funcional de la conducta verbal en sesión permite un uso ateórico a diferencia de las clasificaciones descriptivas desarrolladas desde corrientes teóricas específicas.

Palabras clave: investigación del proceso en psicoterapia, mecanismos de cambio, sistemas de clasificación, conducta verbal, análisis funcional.

Abstract

Research in psychotherapy for many years was concerned with outcomes and the most effective psychotherapies, but at present, process research is the subject of psychotherapy. Highlighting the observational methodology for its practicality, three classification systems focused on the function of verbal behavior are developed. The main objective of this work is to assess the research from a functional perspective of verbalizations in contrast to a descriptive one. For this, the history of process research will be addressed, as well as its characteristics and approaches that have been made to account for the process of change and will delve into the development of classification systems. For this, a literature review will be carried out about the advances in psychotherapy processes, the debates in the field and the functional proposals. The results obtained show that the plurality of studies and contributions made from different approaches, with different units of analysis and the methodological difficulties involved, have prevented reaching a consensus. The functional classification of verbal behavior in session allows an atheoretical use, unlike descriptive classifications developed from a specific theoretical approach.

Keywords: psychotherapy process research, mechanisms of change, classification systems, verbal behavior, functional analysis.

Índice de contenidos

1. Introducción	8
1.1. Justificación.....	9
1.2. Objetivos	10
2. Marco teórico.....	11
2.1. Historia de la investigación en psicoterapia	11
2.2. Líneas de investigación en psicoterapia	15
2.3. Características de la investigación del proceso psicoterapéutico	16
2.3.1. Objetivos de la investigación en procesos	16
2.3.2. Objetos de estudio	17
2.3.3. Metodología según el tipo de estudio.....	17
2.4. Modelos de psicoterapia	18
2.4.1. Veredicto del pájaro Dodo	18
2.4.2. Factores presentes en el proceso psicoterapéutico: específicos y comunes	19
2.4.3. Modelo médico vs modelo contextual.....	21
2.5. El mecanismo de cambio en psicoterapia: aproximación conductual-contextual....	23
2.5.1. Pilares de la psicoterapia desde un enfoque conductual-contextual	24
2.6. Sistemas desarrollados para la evaluación de la interacción terapéutica	25
2.6.1. Conceptos integrados en los sistemas de codificación	26
2.6.2. Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS) o Sistema de codificación de la psicoterapia analítica funcional.....	29
2.6.3. Sistema ACOVEO: Análisis de la Conducta Verbal en contextos clínicos con metodología Observacional.	34

2.6.4. SCAFIT: El sistema de clasificación para el análisis funcional de la interacción terapéutica	38
2.7. Experiencia personal de investigación a partir del Sistema de Clasificación para el Análisis Funcional de la Interacción Terapéutica (SCAFIT)	41
3. Conclusiones.....	45
3.1. Limitaciones	46
3.2. Prospectiva.....	47
Anexos	48
Referencias bibliográficas.....	49

Índice de tablas

Tabla 1. Resumen de las generaciones de investigación en resultados de psicoterapia.....	12
Tabla 2. Resumen de las generaciones de investigación en procesos de psicoterapia	14
Tabla 3. Suposiciones del modelo médico y el modelo contextual	22
Tabla 4. Lista de codificación para las verbalizaciones del paciente FAPRS	31
Tabla 5. Lista de codificación para las verbalizaciones del terapeuta FAPRS	32
Tabla 6. Sistema de categorías de la conducta verbal del terapeuta ACOVEO.....	35
Tabla 7. Sistema de categorías de la conducta vocal del cliente SISC-CVC.....	36
Tabla 8. Categorización de la conducta verbal del cliente	39
Tabla 9. Categorización del efecto de la conducta del terapeuta.....	40

1. Introducción

La investigación en psicoterapia se ha llevado a cabo desde varias décadas atrás, siguiendo principalmente dos líneas: la investigación de resultados y la investigación de procesos. Si bien es importante obtener evidencia empírica de los tratamientos más exitosos para determinados problemas psicológicos, también lo es el obtener evidencia sobre qué mecanismos se ponen en marcha durante las intervenciones y que permiten que éstas sean consideradas efectivas. Esto, convierte al estudio de procesos en el de mayor envergadura en los tiempos actuales (Hofmann y Hayes, 2019).

A partir de este tipo de investigación se busca abarcar aspectos como el entendimiento de los mecanismos detrás de los tratamientos y del cambio del cliente, la mejora en la calidad de la terapia, la contribución al desarrollo de teorías con una base sólida y, por último, ayudar en la creación de una capacitación eficaz que permita al terapeuta intervenir con mayores probabilidades de obtener resultados exitosos, de mejorar la calidad y asegurar que el bagaje teórico que sustenta su proceder se encuentra respaldado por evidencia (Hardy y Llewelyn, 2015).

Existe una gran cantidad de datos empíricos desde distintos enfoques y diferentes estrategias de análisis (Pascual-Leone et al., 2009); sin embargo, para algunos investigadores, aún resulta insatisfactorio el progreso logrado (Salvatore, 2011). Por esto, las preguntas sobre el funcionamiento de la terapia, el significado del cambio, y la dinámica de su funcionamiento, continúa siendo tema de interés (Salvatore y Gennaro, 2015) para la pluralidad de aproximaciones terapéuticas desde las que se ha intentado responder a estas cuestiones.

Es imperante que los psicólogos formados se interesen por la investigación en los procesos pues esta representa una herramienta para la mejora en la calidad de su intervención lo cual debería de ser el fin último en su ejercicio clínico, además del deber de mantener actualizaciones en esta área. Por su parte, para los estudiantes que tienen como propósito dedicarse al área clínica, la exposición a estos temas puede ser de ayuda puesto que independientemente de la corriente que pretendan seguir, estarán actualizados en los mecanismos que pueden utilizar al iniciar su práctica clínica, fungiendo como un entrenamiento para adquirir herramientas desde una etapa temprana de su camino laboral.

A lo largo de este trabajo se realiza expone la historia de la investigación en la psicoterapia, con un enfoque principal en la línea de investigación en procesos. Además, se señalan los factores comunes y específicos del cambio, planteados de manera general a las diferentes corrientes teóricas y se profundiza en si tienen o no carácter explicativo en cuanto al cambio. Se profundiza en el desarrollo de sistemas de categorización que a partir de una metodología observacional pretender aportar al estudio de procesos y que parten de supuestos que le competen a las terapias conductuales-contextuales y particularmente a la Psicoterapia Analítica Funcional. Culminando con una experiencia personal de investigación de la aplicación del Sistema de Clasificación para el Análisis Funcional de la Interacción Terapéutica.

1.1. Justificación

La investigación de los procesos permite obtener conocimiento acerca del bagaje de mecanismos y elementos que dan razón del cambio clínico, que va en unión con la efectividad de la intervención. Siendo el desarrollo de sistemas de categorización utilizados actualmente una herramienta que atiende la necesidad de continuar generando preguntas y dando respuestas a la cuestión de los elementos involucrados en el cambio del cliente, con el propósito de favorecer el desarrollo de la intervención psicoterapéutica sobre una base sólida (Froján-Parga, 2011; González-Terrazas y Froján-Parga, 2021).

El estudio de los procesos continua en la actualidad, a pesar de las más de siete décadas de trabajo investigativo en esta área. Tal hecho, encamina al cuestionamiento de las razones por las cual este tema sigue sin esclarecerse, ya que, a pesar de la inmensa cantidad de información obtenida mediante estudios, son mínimos los resultados que presenta información clara y robusta (Krause, 2023).

Como consecuencia de la extensión de estudios en materia de procesos, además del desarrollo y explicación de los estudios de diferentes perspectivas terapéuticas, parece más pertinente que se siga una línea teórica principal y en este caso, se optará por la conductual-contextual. Particularmente, por la amplia evidencia de eficacia que tienen estas terapias para diferentes problemáticas (García y Balam, 2019), sin quitar el mérito de efectividad de otros enfoques y aclarando que el enfoque conductual-contextual, más que ser parte específica de

los sistemas a explicar, forma parte de supuestos en los que estos se basan para el desarrollo de la clasificación. También, cabe señalar que la pretensión de estos sistemas va encaminada hacia una aplicación independiente de la corriente teórica por su carácter funcional.

Además, el seguimiento de sistemas con metodología observacional con interés en el lenguaje o conducta verbal se debe a que este es una herramienta básica en psicoterapia y el análisis de este es sin duda relevante en la investigación del proceso psicoterapéutico. Como consecuencia, se puede optimizar la comunicación terapéutica con la mejora de resultados y los programas de entrenamiento para terapeutas (Rodríguez-Morejón et al., 2018).

1.2. Objetivos

El objetivo general de este trabajo es explorar el fenómeno psicoterapéutico en el marco de la investigación de procesos a través de una aproximación descriptiva a los factores comunes, el grado de involucramiento que tienen en la explicación del cambio, así como de los sistemas de clasificación de conducta propuestos desde una perspectiva funcional para el estudio del cambio de los individuos que asisten a terapia.

Como objetivos específicos, se han establecido los siguientes:

1. Señalar la importancia y los avances de la investigación de los procesos terapéuticos.
2. Comparar el papel de los factores comunes y específicos en el proceso de cambio y los modelos que forman su base teórica.
3. Exponer los aportes y limitaciones de sistemas de clasificación de corte funcional.
4. Establecer las ventajas de los sistemas de categorización funcionales en contraposición con los descriptivos.
5. Explicar desde una perspectiva personal las implicaciones de la aplicación del Sistema de Clasificación para el Análisis Funcional de la Interacción Terapéutica.

2. Marco teórico

2.1. Historia de la investigación en psicoterapia

Los estudios que permitieron el nacimiento de la investigación en psicoterapia fueron los llevados a cabo por Freud y Breuer en 1895 bajo el nombre de *Studies of Hysteria (Estudios de histeria)*, por lo que se puede considerar que los primeros avances en investigación fueron posibles a través del análisis de casos individuales que proporcionaron una primicia en evidencia de las teorías y la práctica de la psicoterapia (Hersen et al., 1984).

Otro momento determinante fue el término de la Segunda Guerra Mundial, puesto que se reanudaron actividades inclinadas a la investigación de aspectos múltiples de la psicoterapia, y en unión a esto, *The Menninger Psychotherapy Project* dedicado al estudio de resultados y procesos de la psicoterapia psicoanalítica (Wallerstein, 1989), el cual fue considerado como un hito significativo en el restablecimiento de las tareas de investigación después de la guerra (Strupp y Howard, 1992). Al mismo tiempo, se generó la necesidad de abocarse al estudio de la efectividad de la terapia como consecuencia de las demandas realizadas por compañías responsables de la atención a las personas que se vieron afectadas en el campo de batalla y en general, todas aquellas en las que este enfrentamiento bélico tuvo repercusión (García, 2009; Morales, 2013).

Más adelante, la investigación sobre la eficacia de la psicoterapia se vio afianzada debido a las críticas realizadas por Eysenck en 1952, autor que señaló la ineficiencia de las terapias aplicadas en esa época. La escasez de investigaciones orientadas a determinar la eficacia de la psicoterapia despertó el interés de múltiples investigadores determinados a dar respuesta al cuestionamiento planteado por Eysenck *¿Es efectiva la psicoterapia?* Fue así como el campo de la psicología colocó en su lista de prioridades, probar empíricamente que la efectividad de la terapia era superior a la remisión espontánea (García, 2009), situación que dio lugar al surgimiento y empleo de técnicas de metaanálisis que sometieron las revisiones a un análisis cuantitativo más sistemático (Rosenthal, 1976).

Fue entre 1950 y 1960 que se marcó el inicio de un crecimiento exponencial en el campo de la investigación en psicoterapia. Se instauraron diversos programas de investigación y se

detectó la necesidad de reestructuración del campo que concluyó en una primera reunión de la sociedad de Investigación en Psicoterapia (Society of Psychotherapy Research) en la ciudad de Chicago en 1970 (Muran et al., 2010).

En conjunto, se promovió la implementación de la estadística al campo de la psicoterapia y se hizo hincapié en la preparación de los psicólogos y psiquiatras, puntos clave que justifican los esfuerzos realizados para que las investigaciones se mantengan en la actualidad (García, 2009).

Y es a causa de la necesidad de un conocimiento en continuo desarrollo, que los objetivos de interés en el análisis de la eficacia de la psicoterapia se han ido transformando (Tabla 1), desde la interrogante planteada por Eysenck sobre la efectividad de la terapia hasta la actualidad, en donde el punto de interés es el trabajo hacia el logro de mejores resultados (Lutz et al., 2021).

Tabla 1

Resumen de las generaciones de investigación en resultados de psicoterapia

Investigación de resultados						
Generación	I	II	III	IV	V	VI
Periodo de tiempo	1950 - 1970 en adelante	1960 -1980 en adelante	1970 – 1990 en adelante	1980-2000 en adelante	1990 – 2010 en adelante	2000 – 2020 en adelante
Tema	Justificación	Especificidad	Eficacia y rentabilidad	Eficacia y relevancia clínica	Práctica basada en la evidencia	Evidencia basada en la práctica
Pregunta temática	¿La psicoterapia es efectiva?	¿Qué psicoterapia es más efectiva?	¿Cómo se pueden hacer más rentables los tratamientos?	¿Cómo se pueden trasladar los descubrimientos de investigación a la práctica clínica?	¿Cómo aumentar la calidad del tratamiento propuesto por las guías clínicas?	¿Cómo se puede mejorar el resultado del tratamiento?

Investigación de resultados						
Generación	I	II	III	IV	V	VI
Métodos	Comparación entre grupos control; tamaño del efecto (significancia); metaanálisis	Ensayo de control aleatorio; diseño factorial; grupo placebo	Análisis probit (respuesta vs proporción de casos); curvas de crecimiento; modelado estructural; análisis de potencia	Relevancia clínica; metaanálisis	Metaanálisis; modelado predictivo; investigación centrada en el paciente	Investigación centrada en el paciente; metaanálisis, modelado predictivo; grandes ensayos multisitio
Cuestiones clave	Eficacia; remisión espontánea	¿Qué tratamiento, por quién, es el más efectivo para determinado individuo con un problema específico y bajo ciertas circunstancias?	Relación dosis-respuesta; compensación médica; la economía de la salud; medicina basada en la evidencia; intervenciones de bajo costo	Perspectiva de los usuarios; práctica basada en la evidencia; guías para la práctica; brecha en el tratamiento	Práctica basada en la evidencia; tratamientos empíricamente validados; monitoreo de resultados de rutina; nivel de cambio suficientemente bueno	Patrones de cambio; monitoreo de resultados de rutina; retroalimentación del paciente; investigación orientada a la práctica; intervenciones de bajo costo; efectos del terapeuta

Nota. Adaptada de *Traditions and New Beginnings: Historical and Current Perspectives on Research in Psychotherapy and Behavior Change* (p. 5), por W. Lutz, L. g. Castonguay, M. J. Lambert y M. Barkham, 2021, Wiley

En la actualidad se puede contar con 70 años de investigación en el área de procesos psicoterapéuticos, cuya iniciación se dio a partir de propuestas realizadas por Carl Rogers desde 1940 (Elliott y Farber, 2010). Sin embargo, fue en la década de los años 80 en la cual emergió un cambio de enfoque, que provocó un aumento de atención en los mecanismos responsables de la eficacia en la terapia; aun así, este progreso se vio ensombrecido en la siguiente década debido a la intervención de la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) con el grupo de trabajo sobre promoción y difusión de los tratamientos psicológicos también conocido como *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, cuya finalidad era desarrollar pautas que cumplieran una función delimitadora para los tratamientos psicológicos con validez empírica y con base en esto, recomendar su uso (Montaño, 2008).

Dentro de la historia de la investigación de procesos de psicoterapia se ha intentado dar respuesta a diferentes preguntas formuladas en diferentes periodos de tiempo, las cuales corresponden a las inquietudes planteadas en esos lapsos temporales, también denominados generaciones (Tabla 2), y que a pesar de que cada una de estas pertenece a un momento temporal, los temas planteados se mantienen en continua investigación debido al avance de herramientas estadísticas, bases de datos de mayor capacidad y en general las innovaciones que trae consigo el paso del tiempo, todo esto, con el propósito de establecer conocimiento sólido (Lutz et al., 2021).

Tabla 2.

Resumen de las generaciones de investigación en procesos de psicoterapia

Investigación de procesos						
Generación	I	II	III	IV	V	VI
Periodo de tiempo	1950 - 1970 en adelante	1960 -1980 en adelante	1970 – 1990 en adelante	1980-2000 en adelante	1990s – 2010 en adelante	2000 – 2020 en adelante
Pregunta temática	¿Existen métodos objetivos para evaluar el proceso?	¿Qué componentes están relacionados con el resultado?	¿Cómo ocurre el cambio (a través de un enfoque cuantitativo)?	¿Cómo ocurre el cambio (a través de un enfoque cualitativo)?	¿Cómo separar los factores de cambio comunes y específicos?	¿Cómo identificar moderadores, mediadores y mecanismos de cambio?
Metodologías	Muestreo aleatorio de secciones de terapia; se asume el “mito de la uniformidad”; evaluaciones posteriores a la sesión del paciente	Metodologías de caso único; muestreo de secciones de 5 minutos de terapia	Taxonomías; Vinculación del proceso a los resultados.	Métodos cualitativos; enfoque narrativo; análisis del discurso; estudios descriptivos; desarrollo de la teoría	Ensayos aditivos y de desmontaje; diseños factoriales; componentes compartidos	Análisis del moderador y del mediador; relaciones proceso-resultado del paciente
Cuestiones clave	Comportamiento verbal y del habla	Condiciones facilitadoras según Carl Rogers (por ejemplo, empatía)	Alianza terapéutica; modos de respuesta verbal	Paradigma de eventos; enfoque de caso único; métodos cualitativos	Factores comunes	Moderadores; mediadores; ganancias repentinas; mecanismos de cambio

Nota. Adaptada de *Traditions and New Beginnings: Historical and Current Perspectives on Research in Psychotherapy and Behavior Change* (p. 6), por W. Lutz, L. g. Castonguay, M. J. Lambert y M. Barkham, 2021, Wiley.

2.2. Líneas de investigación en psicoterapia

Existen dos líneas de investigación en cuanto al cambio terapéutico, que pueden ser consideradas como complementarias. Por un lado, tenemos a la línea interesada en los resultados, haciendo una comparación de tratamientos terapéuticos y detallando los que muestran más eficacia para determinadas problemáticas, este es considerado como el dominante en el territorio de la psicoterapia y puede suponerse que esta inclinación hacia tratamientos basados en evidencias proviene de las costumbres manejadas en el área médica (Ávila et al., 2000). La segunda línea, muestra interés en la investigación de los procesos, que pretende estudiar el funcionamiento de la psicoterapia (Froján-Parga, 2011). En una comparativa de las líneas mencionadas, es la de procesos la que se estima como subdesarrollada. En referencia a este hecho, cabe destacar una afirmación errónea, que es la asunción de que todas las corrientes teóricas funcionan de manera equiparable, puesto que esto implicaría que llevan a un resultado esperado mediante un mismo proceso, lo cual se aleja de la realidad puesto que dos terapias pueden llevar a la mejoría de las problemáticas pero mediante un proceso diferente, es así pues que el debate entre qué terapia es mejor que otra pasa a un segundo plano, siendo lo importante el saber cuál de todas las corrientes se amolda a los procesos psicológicos de cambio más útiles en determinados contextos y en situaciones particulares a cada consultante (Botella, 2019).

De acuerdo con Lutz et al. (2021), la investigación de los procesos en psicoterapia se ha enfocado en cómo funciona el fenómeno psicoterapia, esto, a partir de la investigación de diferentes aspectos como las experiencias, acciones e interacciones tanto de parte del terapeuta como del cliente. Además, se interesa por identificar cuáles son los mediadores y los mecanismos de cambio que están relacionados de manera causal al resultado denominado como eficaz y efectivo. En ambos tipos de investigación (de resultados y de procesos), se le da mayor prioridad a las características del cliente y del terapeuta que pueden servir como predictoras o moderadoras durante el desarrollo de la alianza terapéutica y el impacto que estas pueden tener.

En línea con lo estipulado, es que se llega a considerar la investigación y análisis de los procesos como tema de interés en la actualidad (Holmes et al., 2018), debido a que la explicación que subyace a la eficacia de una terapia aún se mantiene como un territorio parcialmente abarcado (Pérez-Álvarez, 2018).

2.3. Características de la investigación del proceso psicoterapéutico

Según Orlinsky et al. (2004), en primera instancia, cabe señalar la diferencia entre el proceso de cambio y el proceso de psicoterapia, siendo en el primero en el que el foco de estudio radica en las conductas proterapéuticas observadas en el paciente dentro y fuera de sesión. Por otro lado, está proceso terapéutico que considera las conductas del consultante, el terapeuta y la interacción entre ambos. En segundo lugar, el autor (Orlinsky, 2004) menciona que, en cuanto a la metodología observacional, existe la posibilidad de que conlleve distintas interpretaciones del proceso en función de quién es el observador.

También, en la investigación de procesos se puede hablar de microproceso o macroproceso, a ambos los acompañan obstáculos, el primero implica una posible pérdida de datos que pueden ser relevantes de conformidad con un sustento empírico robusto y en el segundo, la abrumadora cantidad de información requiriendo esfuerzos que pueden parecer inviables.

2.3.1. Objetivos de la investigación en procesos

De acuerdo con Hardy y Llewelyn (2015), resulta poco satisfactorio saber que una terapia es efectiva si no se sabe qué elementos la hacen efectiva, esta área de investigación desarrolla los siguientes objetivos para completar esa brecha:

1. El núcleo, es el entendimiento de los mecanismos y procesos de cambio presentes en la psicoterapia.
2. Busca comprender de los elementos del tratamiento considerados esenciales para el cambio, con lo cual se incrementa la calidad de la terapia.
3. El desarrollo de teorías que ofrezca una base explicativa para fundamentar el trabajo terapéutico.
4. Ayudar en el desarrollo de entrenamiento efectivo, para que los terapeutas puedan proveer al cliente intervenciones con resultados efectivos.

2.3.2. Objetos de estudio

El proceso en psicoterapia es estudiado desde lo general a lo particular y esto depende del nivel de análisis que el investigador pretenda abordar, estos pueden ser, el proceso terapéutico en su totalidad o aspectos del tratamiento (macroproceso) o secciones de este (microproceso), lo cual incluye una selección de fragmentos de interés como palabras, frases, intercambio entre terapeuta y paciente, es decir, un estudio *momento a momento* (Hill y Lambert, 2004). En el caso de los macroprocesos, se pretende lograr una aproximación a los sucesos que tienen lugar durante la interacción terapéutica, abarcando todo el tratamiento o sesiones (Krause y Altimir, 2016). En cuanto a las estrategias de medición, en los microprocesos se utilizan medidas directas, donde las conductas observadas durante la interacción terapéutica se clasifican. En contraposición, para los macroprocesos se hace uso de estrategias indirectas, cuya recolección es posible a través de autoinformes o cuestionarios (Hill y Lambert, 2004).

2.3.3. Metodología según el tipo de estudio

Con respecto a las diferentes metodologías según el tipo de estudio que se pretende realizar, están presentes los métodos cuantitativos, cualitativos y mixtos, de los cuales el método cuantitativo es el mayormente empleado en comparación con el cualitativo o mixto. Su uso se da sobre todo en estudios relacionales de macroprocesos con el resultado y con menor auge en estudios de microprocesos en relación con resultados. Por su parte, pese a la baja tendencia que tienen los investigadores para decantarse por el método cualitativo, actualmente este se utiliza en cualquiera de los dos tipos de unidad (macroproceso o microproceso) que se pretenda investigar (Krause, 2023).

No se cuenta con una metodología estándar debido a que las aproximaciones se enfocan en dar respuesta a diferentes áreas de interés. Para esto, en conformidad con Hardy y Llewelyn (2015), existen los estudios de tipo descriptivo, de comprobación de hipótesis y de formulación de teorías. Según estos autores (Hardy y Llewelyn, 2015) los primeros sirven para lograr una comprensión de los procesos a través de la observación de conductas y procesos que tienen lugar en sesión. La segunda opción, pretende pronosticar un resultado a partir de

variables identificadas como críticas en relación con la efectividad. El último tipo de estudio pretende proporcionarles fundamento a los procesos a partir de una teoría del cambio.

2.4. Modelos de psicoterapia

2.4.1. Veredicto del pájaro Dodo

Es bien conocida la contienda que han mantenido durante años los diferentes enfoques para demostrar cuál es más efectivo, y el veredicto del pájaro Dodo surge precisamente para hacer una afirmación que soslaya este debate y que en la actualidad sigue siendo tema de discusión. A partir de la comparación de resultados de diferentes enfoques, afirma que estos obtienen resultados similares (psicodinámica, existencial, conductual, cognitivo-conductual, humanista, sistémica, constructivista, contextual) y, por lo tanto, da paso a la propuesta de los factores comunes como los responsables de la eficacia en psicoterapia y deja de lado a factores específicos de cada una de las corrientes teóricas (González-Blanch y Carral-Fernández, 2017; Pérez-Álvarez, 2020)

Es claro, que este veredicto, como toda propuesta, ha contado con apoyo y a su vez con propuestas para debatirlo. Dentro de esto, se encuentra el estudio realizado por Smith y Glass (1977) con el que llegan a la conclusión de que las psicoterapias son prácticamente equivalentes y que un señalamiento de superioridad de un enfoque sobre otro estaría infundado; sin embargo, la calidad metodológica empleada en el estudio fue considerada cuestionable (González-Blanch y Carral-Fernández, 2017). Más adelante Shapiro y Shapiro (1982) hicieron comparaciones entre tratamientos, encontrando disparidades en el tamaño del efecto y calificaron las diferencias como modestas según los autores. Al respecto, se pronunciaron Wilson y Rachman (1983), haciendo una crítica a los estudios en los que no se sigue una metodología consistente y lógica para el agrupamiento de diferentes tipos de terapias. Esta disputa ha continuado con el paso de los años y actualmente se mantiene la interrogante sobre los ingredientes que se encuentran en los diferentes enfoques puesto que hay evidencia a favor de la efectividad de diversas corrientes y no solo de la cognitivo-conductual, excluyendo que todas sean similares en eficiencia (Pérez-Álvarez, 2018).

2.4.2. Factores presentes en el proceso psicoterapéutico: específicos y comunes

En la historia de la psicoterapia, con referencia específica a los procesos, se estableció un debate entre los investigadores, por una parte, en torno a los ingredientes específicos (acciones terapéuticas, técnicas) y su potencial influencia en la efectividad de los tratamientos y, por otro lado, acerca de los factores comunes presentes en la mayoría de los enfoques.

Ingredientes específicos

Según Wampold (2019), para el establecimiento de especificidad en psicoterapia resulta más complejo que en medicina por cuestiones inherentes a la medición de procesos y resultados, la imposibilidad de aplicar ensayos de tipo doble ciego y la ambigüedad de los problemas psicológicos. Sin embargo, algunos diseños empleados para contrarrestar el problema de la especificidad son el diseño de componentes, controles placebo y las secuencias específicas de sistema cuya evidencia resulta relativamente limitada.

El diseño de componentes permite hacer una comparativa de resultados mediante la separación de un componente concreto que se corresponde con un determinado tratamiento, para observar el funcionamiento del tratamiento sin este. Por otro lado, los diseños de investigación realizados a través de controles placebo, implican realizar una intervención a partir de un tratamiento y para el grupo control una intervención que no contenga los mismos elementos que el tratamiento seleccionado, es decir, solo escucha. Por último, las secuencias específicas de sistema que trata de correlacionar la efectividad un tratamiento para diferentes problemáticas (Sánchez, 2022). La complejidad de estos estudios permite que se sigan considerando en la investigación puesto que las dificultades que implican impiden que sean descartados (Wampold, 2019).

Factores comunes

Fue Saul Rosenzweig quien hizo la primera propuesta acerca de los factores comunes y el cómo funciona la psicoterapia a través de estos (Rosenzweig, 1936). En esta línea, Jerome Frank fue quien revolucionó la segunda mitad del siglo XX, con su estudio comparativo *Persuasión y sanación* en donde el autor hace referencia a factores entre los problemas psicológicos y entre los diversos enfoques psicoterapéuticos, es precisamente esta propuesta

a la que se refiere el modelo contextual, explicado más adelante (Pérez-Álvarez, 2022). Regresando a la propuesta de Frank en 1961, él propone como factores comunes a todas las terapias como la relación terapeuta-paciente, una razón fundamental explicativa de su problemática y que aporta credibilidad, acciones terapéuticas dirigidas a la mejora del paciente y un contexto clínico, además, asume que estos son los elementos fundamentales en la psicoterapia que la hacen efectiva (Cuijpers et al., 2019).

El estudio de estos factores tiene ciertas limitaciones, sin embargo, dentro de la evidencia encontrada, hay estudios de la alianza, siendo esta el factor más estudiado y que cuyo resultado se describe con una magnitud de efecto medio (Horvath et al., 2011). Otros factores estudiados son la empatía, las expectativas, los efectos del terapeuta y la adaptación cultural del tratamiento (Wampold, 2015).

Se considera entonces que varios de estos factores están relacionados con la naturaleza de la relación y la interacción entre el paciente y el terapeuta, que además, están compuestos por mediadores de la relación como la empatía, calidez, aceptación, afirmación y reconocimiento, siendo estas, cualidades que se pueden encontrar en la mayoría de los procesos terapéuticos independientemente de la formación teórica del terapeuta; sin embargo, la claridad en cuanto a la contribución de los factores comunes en el proceso de cambio, es difusa (Jørgensen, 2004).

De acuerdo con los planteamientos anteriores, es válido decir que estos factores comunes resultan merecedores de atención, para considerarlos en la investigación y de igual forma, aplicarlos en el contexto de intervención. Sin embargo, aunque es importante reconocerlos, esto no implica que sean suficientes para explicar el proceso de cambio en su totalidad (Wampold e Imel, 2015).

Demostrar el carácter causal de un factor común o específico en cuanto a la mejora del cliente, requiere estudios que demuestren, por ejemplo, una relación temporal entre el factor y el resultado, que excluyan la interferencia de otras variables, investigación experimental de apoyo y un marco teórico robusto; sin embargo, se considera que ninguno de los dos factores cumplen con estos requisitos y por lo tanto, no se puede afirmar si la terapia funciona a causa de la presencia de alguno de estos (Cuijpers et al., 2019).

2.4.3. Modelo médico vs modelo contextual

De acuerdo con Wampold e Imel (2021), el modelo contextual es un meta-modelo que deriva de la propuesta de Jerome Frank, la cual se expresó en el apartado de *Factores Comunes*. Pretende explicar cómo todas las terapias tienen beneficios y está compuesto por tres pilares: primeramente, por la relación entre el terapeuta y el consultante donde resulta crucial la empatía; las expectativas serían otro componente del modelo, debido a la gran influencia que estas tienen en las experiencias de cada persona, aunque más que referirse al hecho de tener esperanza al acudir a terapia, se aproxima expectativas más delimitadas como contar con la capacidad de resolver sus problemas; por último, los llamados factores comunes, que forman parte del componente más potente de la psicoterapia según este modelo, y que hacen alusión los procedimientos encontrados en la mayoría de los tratamientos (acciones específicas) que ayudan a la resolución de la problemática del consultante mediante acciones sanadoras (Wampold, 2017).

El modelo médico de psicoterapia les otorga a las técnicas específicas un carácter causal de la efectividad obtenida en los resultados, por lo que, para este modelo particular, el enigma del *Dodo* representa una problemática puesto que si los resultados se deben a las técnicas resulta complejo para los investigadores explicar la efectividad presente en los diferentes tipos de terapias y en contraposición, presenta a los factores comunes y a la relación terapéutica como la base de la efectividad en los tratamientos psicoterapéuticos (Pérez-Álvarez, 2022). De manera general, estos dos modelos presentan diferencias (Tabla 3) en cuanto a las opiniones sobre el rol de los *ingredientes específicos* (también llamados factores específicos), a la efectividad de los tratamientos, los efectos del terapeuta, y de los efectos generales a los más particulares.

Tabla 3

Suposiciones del Modelo Médico y el Modelo Contextual

Modelo médico	Modelo contextual
Ingredientes específicos	
Los ingredientes específicos actúan sobre un déficit particular y esto es lo que hace que funcione la psicoterapia	La efectividad de la psicoterapia no se relaciona con los ingredientes específicos delimitados por un enfoque de tratamiento sino a través de tres pilares: relación terapeuta-paciente, expectativas e ingredientes específicos
Eficacia relativa	
Predice la efectividad de unos tratamientos sobre otros en dos niveles: del tratamiento en general o comparativa de dos tratamientos para un problema particular	Predice que los tratamientos tendrán una efectividad homogénea, considerando que contienen los tres pilares
Efectos del terapeuta	
El efecto del terapeuta no se considera relevante; otorga mayor peso a la adherencia del terapeuta a un protocolo	Tiene más relevancia en comparación con los ingredientes específicos
Efectos generales	
No considera a la relación terapéutica como un factor crítico en el resultado del tratamiento	La relación terapéutica es considerada un componente central; Predice que este factor puede explicar la variabilidad en los resultados de la terapia; también considera las expectativas y la lealtad del terapeuta y la adaptación cultural como factores relevantes

Modelo médico	Modelo contextual
Efectos específicos	
Remover o añadir un ingrediente específico impacta la eficacia del tratamiento.	Remover o añadir un ingrediente específico en un tratamiento no atenúan ni incrementan la eficacia de un tratamiento

Nota. Adaptado de *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (p.75), por B. E. Wampold y Z. E. Imel, 2015, Routledge.

A pesar de los planteamientos en esta comparativa del Modelo Médico y el Modelo Contextual, la opción más viable es continuar investigando (Wampold e Imel, 2015).

2.5. El mecanismo de cambio en psicoterapia: aproximación conductual-contextual

Como se mencionó anteriormente, los métodos cuantitativos resultan más frecuentes en el estudio del proceso de psicoterapia (Krause, 2023). De acuerdo con lo anterior, para investigar los mecanismos subyacentes al cambio (Baldwin y Goldberg, 2021), exponen los siguientes como los más comunes: En primer lugar, el estudio de componentes, que realizar una comparativa en los resultados al aplicar todos los componentes de un tratamiento específico y al eliminar un componente de ese mismo tratamiento; sin embargo, el costo que representa realizar este tipo de estudios es mayor que los frutos que rinde (Ahn y Wampold, 2001).

Por otro lado, se encuentra el estudio observacional de procesos y representa una aproximación más práctica al momento de abordar la investigación (Baldwin y Goldberg, 2021).

Habiendo explicado el punto de los estudios observacionales, se llega a la exposición de otras formas de estudio del proceso en psicoterapia, realizado a partir de una metodología observacional de sesiones de terapia, audio o de transcripciones. En unión con lo anterior, pertenecen al estudio de microprocesos puesto que se pone interés en las verbalizaciones llevadas a cabo por el paciente y también por el terapeuta. Esta forma de estudio a través de

sistemas de codificación pretende dar razón del cambio psicoterapéutico haciendo uso de principios de aprendizaje y de premisas aportadas por la Psicoterapia Analítica Funcional.

2.5.1. Pilares de la psicoterapia desde un enfoque conductual-contextual

Según Froján-Parga (2011), dentro de la investigación sobre el proceso terapéutico se deben exponer cinco pilares imprescindibles de la terapia psicológica:

I. El análisis funcional como la herramienta fundamental en la psicoterapia.

La identificación de la función que tiene la conducta de un cliente es imprescindible para que el terapeuta pueda otorgar una explicación a la problemática expuesta en consulta, y con base en esto, intervenir de tal manera que se logre el cambio terapéutico buscado y que se mantenga a largo plazo. Las herramientas que utilizamos los psicólogos en el proceso terapéutico marcan la diferencia de otros profesionales de la salud con los que se supone una rivalidad existente; sin embargo, la diferenciación está basada en el planteamiento de un modelo explicativo y de tratamiento que aborda la conducta humana en toda su extensión. Es decir, considerando la conducta como una interacción existente entre las respuestas emitidas por un organismo y el medio ambiente en el que se emiten.

II. El análisis de la conducta verbal durante la interacción terapéutica.

A pesar de que la interacción terapéutica se da principalmente a través del habla, no se había dado importancia al estudio formal de esta interacción entre el cliente y el terapeuta; sin embargo, ya se ha tomado en cuenta lo que se dice en terapia como una conducta clínicamente relevante, esto considerando el sentido concedido por la Psicoterapia Analítico Funcional (Kohlenberg et al., 2009).

III. El contexto clínico como un ambiente natural.

Considerado de esta manera basándose en el presupuesto de que las conductas que son manifestadas en el medio ambiente usual del cliente, también se presentan durante la sesión terapéutica, es así como, el contexto clínico representa un espacio en el cual se pueden establecer contingencias de reforzamiento y de castigo direccionadas a la conducta problema planteada como objetivo (Froján-Parga, 2011).

IV. El estudio de la relación terapéutica como un proceso interactivo.

En este sentido, la alianza terapéutica se da a partir de la interacción terapeuta-cliente, esta cuenta con unas características diferentes en cada ocasión y dependiendo de cada caso. Su establecimiento en unión con las técnicas de intervención da lugar a los procesos de aprendizaje que, a su vez, conducen al cambio clínico (Krause et al., 2011).

V. La conducta privada.

Se considera que comparte características y que la rigen los mismos principios aplicables para la conducta manifiesta. Se puede volver manifiesta a través de su único observador, el cual, mediante la verbalización le puede otorgar acceso al terapeuta (Froján-Parga, 2011).

2.6. Sistemas desarrollados para clasificación funcional de la interacción terapéutica

Antes de avanzar a los sistemas, es imperativo mencionar a Willard Day y la metodología que precede al tipo de sistemas que se desarrollan más adelante y aclarar tres conceptos que forman parte de la base de estos sistemas.

Por su parte, Willard Day fue un profesor de la Universidad de Nevada al que se le puede adjudicar la creación de *La metodología de Reno* con la cual impuso un principio para el análisis de las interacciones durante una sesión terapéutica. Su investigación tenía como objetivo, analizar las sesiones de terapia e identificar procesos operantes y pavlovianos que intervenían; sin embargo, el mayor contratiempo fue la demanda de recursos económicos que suponía ese tipo de estudio, la comparación de resultados resultaba complicada y la fiabilidad interjueces de la categorización de las verbalizaciones estudiadas era difícil de afianzar (Montaño et al., 2011).

En esta línea De Pascual et al. (2019) plantean que han sido las terapias de tercera generación las responsables de reformular el entendimiento de la clínica desde una perspectiva del conductismo radical, es así que, dentro de esas terapias la que tiene pertinencia en los sistemas que se van a presentar en el siguiente apartado es la Psicoterapia Analítica Funcional puesto que fue la que resaltó el hecho de que, durante una sesión, el terapeuta no solo escucha al consultante narrar su conducta problema, sino que puede presenciar este comportamiento, y esto constituye una herramienta para los clínicos ya que además de

escuchar activamente y dar instrucciones, puede emplear su comportamiento como moldeador de la conducta del consultante para inducir el cambio.

2.6.1. Conceptos integrados en los sistemas de codificación

Conducta verbal

En el contexto clínico, el psicólogo cuenta con un bagaje de herramientas como el conocimiento aportado por sus formaciones sobre los procesos que subyacen al comportamiento, el uso de tecnología, habilidades blandas, entre otras; sin embargo, la conducta verbal, que es la forma más común de interacción entre seres humanos es la principal en el contexto clínico, cuyo análisis puede servir para la explicación del fenómeno de la psicoterapia.

Regresando en el tiempo, el famoso psicólogo B. F. Skinner en el año 1957, presentó al mundo un libro que en la actualidad sigue siendo considerado por muchos profesionales de la psicología como el más importante de este autor, nombrado conducta verbal. La obra de este autor se une a otras teorías, tanto las biológicas como las cognitivas en el intento de explicar el lenguaje, siendo esta explicación desde un enfoque conductual, sirviéndose en particular del condicionamiento operante (Ribes, 2008).

Han pasado ya más de seis décadas desde la publicación de conducta verbal y con ello, se han llevado a cabo estudios que corroboran las diferentes aplicaciones prácticas, destacando que ha servido como base del éxito en tratamientos cuyo objetivo es establecer, modificar y mantener el lenguaje. Son distintas las áreas de aplicación que van desde el contexto clínico hasta el escolar, tratando desde la adquisición hasta problemas en el lenguaje, así como también problemas de conducta (Roca, 2019).

Sánchez-Oro (2022) en alusión a los principios de la conducta operante, menciona que es importante marcar algunas diferencias que tiene la conducta verbal con esta. Para empezar, la conducta operante está enmarcada en la relación recíproca que existe entre un organismo y el medio ambiente, es decir, las conductas del organismo influyen en el ambiente, y a su vez, el ambiente provee consecuencias que impactan al organismo provocando un cambio de comportamiento. En cambio, en la relación operante que se da en la conducta verbal se intercambia el papel realizado por el medio ambiente y en este caso lo desempeña otro

organismo. Así, la finalidad de la conducta verbal es el conocimiento de las influencias que tiene el hablante sobre el oyente. También, se debe tomar en cuenta que el reforzamiento tiene lugar solamente en lo que Skinner denominó comunidad verbal. Es así, que el intercambio de emisiones sonoras y vocales proporcionadas por esta comunidad, seguido por determinadas consecuencias que resultan apropiadas al comportamiento del hablante dan pie al mantenimiento de la conducta verbal en futuras ocasiones.

Partiendo de la definición de Skinner (1957) la conducta verbal es aquella conducta reforzada a través de la mediación de otras personas y requiere la interacción social de un hablante y un oyente, siendo el oyente la persona que tiene la capacidad de reforzar la conducta verbal del hablante. Lo anterior, es posible puesto que el oyente ha adquirido un repertorio conductual ante la presencia de discriminativos verbales.

Según Roca (2019), la definición de conducta verbal proporcionada por Skinner trae consigo dos cuestiones, primeramente, que se puede hacer uso del análisis de la conducta para explicar y estudiar la conducta verbal partiendo de que esta comparte características con la conducta operante general. Y, en segundo término, que puede explicarse con base en las consecuencias. Estas dos cuestiones implican que independientemente de la topografía de la conducta puede ser una conducta verbal, siempre que modifiquen el contexto a partir de la conducta del oyente.

Desde una perspectiva general, la relevancia del estudio de la conducta verbal se ciñe a que la principal forma que tiene el terapeuta de conocer las problemáticas o progresos del cliente es a través de la narración o descripción de estas. De la misma forma, las verbalizaciones que realiza acerca de las situaciones personales y del funcionamiento del mundo en general pueden ser problemáticas y el contexto clínico es el espacio en donde se pueden evocar o modificar. También, las instrucciones que el terapeuta le brinda al cliente para que se lleven a cabo en su medio son proporcionadas en sesión y los intercambios verbales son la actividad principal en la actividad terapéutica (Montaño, 2008). De acuerdo con lo anterior, la conducta verbal no se acota a ser el medio a través del cual se recibe información sobre los acontecimientos fuera de sesión que vive el paciente, también se puede observar, evocar y modificar resultando esto en beneficio para el consultante (De Pascual et al., 2019).

Psicoterapia Analítica Funcional

La Psicoterapia Analítica Funcional (en adelante FAP, por sus siglas en inglés) forma parte de las llamadas *terapias contextuales*, también conocidas como *terapias de tercera generación*. Esta terapia utiliza los comportamientos del consultante que se manifiestan durante la relación terapéutica para evocar cambios de conducta y así, mejorar las acciones del paciente en su contexto cotidiano (Muñoz-Martínez y Coletti, 2015).

Es un tipo de intervención proveniente del conductismo radical de Skinner, siendo la que más cercanía mantiene con otras terapias psicodinámicas que proponen a la relación terapéutica como el principal gatillador de cambio, no obstante, mantiene una metodología apegada a los términos Skinnerianos (Ruiz, 2021).

La FAP se sustenta en los principios del análisis del comportamiento cuya propuesta se encamina hacia el cambio contextual como el evocador de la modificación del comportamiento en un individuo (b. Skinner, 1977), y entiende que la conducta se mantiene en una relación con el contexto donde se influyen mutuamente (Hayes et al., 1988). Además, desde su perspectiva, los principios que rigen el análisis de la conducta intervienen en todos los contextos humanos incluyendo la interacción terapéutica (Kohlenberg et al., 1993) y es justamente la consideración de los principios conductuales con atributo explicativo del cambio en las sesiones de terapia lo que surgió como novedad dentro del contexto clínico de la psicología (Dougher y Hayes, 2000, como se citó en Muñoz-Martínez y Coletti, 2015).

Según Kohlenberg et al. (2009), dentro del marco teórico de esta terapia, se conglomeran diferentes estrategias de las cuales son consideradas más importantes las siguientes:

1. Prestar atención a la aparición de conductas clínicamente relevantes de tipo 1 (CCR1). Que son las denominadas *conductas problema*.
2. Evocar conductas clínicamente relevantes de tipo 2 (CCR2). Hacen referencia a las conductas de mejora.
3. Reforzamiento de las CCR2, es decir, que el terapeuta refuerce las conductas de mejora que se presentan en sesión.

Análisis funcional de la conducta

Este término fue introducido por Skinner en el año de 1938 con su libro *La conducta de los Organismos: un análisis experimental*. Sin embargo, la génesis de este término fue inspirada en la formulación de Mach sobre causa y efecto desde el punto de vista de la física. A partir de este planteamiento, es que se sustituye la relación causa por funcional, hasta llegar a denominarlo análisis funcional (Froxán-Parga et al., 2020).

Hanley et al. (2003) describen el análisis funcional como una metodología enfocada en la identificación de variables que intervienen en la manifestación de problemas conductuales y es considerada un sello distintivo de los enfoques contemporáneos para la evaluación conductual e implica el desarrollo de hipótesis explicativas del mantenimiento de una conducta determinada (Valero y Ferro, 2015). Además, Hanley et al. (2003) plantean que el término *función* puede ser utilizado de dos formas:

1. Para señalar la consecuencia de un comportamiento sobre el medio ambiente, es decir, el propósito detrás de la conducta de una persona.
2. Para describir la relación de dependencia entre dos variables (principalmente entre un evento contextual y una conducta).

Dentro de la Psicoterapia Analítica Funcional, se realiza un análisis funcional de las *conductas clínicamente relevantes (CCR's)* para posteriormente, manipular los estímulos antecedentes y los consecuentes relacionados a esas CCR's y modificarlas en sesión. Es, así pues, que los cambios conductuales del consultante moldeados por el terapeuta en el contexto clínico determinarán si las hipótesis inicialmente planteadas resultan verídicas (Valero y Ferro, 2015).

2.6.2. Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS) o Sistema de codificación de la psicoterapia analítica funcional

Como ya se ha señalado, los aspectos de un tratamiento que producen un cambio no están estipulados de manera clara, y para responder a la necesidad de un estudio empírico más vasto sobre los mecanismos de cambio, resulta imperante una especificación y definición clara de los mismos, facilitando así su detección y medición (Callaghan et al., 2008).

A pesar de que la relación terapéutica constituye un potencial mecanismo de cambio son pocas las teorías que pueden guiar al terapeuta en un nivel “momento – a – momento” o que

posibiliten hacer un pronóstico preciso acerca de la contribución de los procesos subyacentes a las técnicas utilizadas en sesión por el terapeuta que propician un cambio. Es para satisfacer este propósito que se hace uso de una de las terapias de corte conductual contextual, la psicoterapia analítica-funcional (FAP, por sus siglas en inglés) (Busch et al., 2010).

Dentro los supuestos de este sistema, se encuentra la premisa de que los problemas que se dan en el ambiente externo al consultorio, también se presentan durante la sesión terapéutica. Esto le otorga al terapeuta la capacidad de hacer un moldeamiento de la conducta del paciente a través del intercambio verbal y derivado de esto, los nuevos aprendizajes pueden ser generalizados al contexto natural del paciente (Ferro, 2006).

De acuerdo con Callaghan y Follette (2008), este sistema de codificación del comportamiento fue elaborado con el propósito de documentar las conductas presentes durante la FAP. Además, como su nombre lo indica, se emplea únicamente para las sesiones en donde se aplique este tipo de terapia, empero, considera códigos para conductas proterapéuticas generales por parte del profesional y del consultante. Dentro de las conductas registradas que pertenecen al consultante, se incluyen aquellas específicas de FAP, es decir, las llamadas conductas clínicamente relevantes, también se atiende a la especificación de variables control, y, por último, a la discusión de problemáticas y mejoras externas establecidas como conductas objetivo. En el lado del terapeuta, se consideran aquellos comportamientos esenciales para realizar FAP, se analiza la relación terapéutica, las respuestas que han sido ineficaces o eficaces ante el comportamiento del consultante en el contexto de la relación terapéutica y la evocación de determinadas conductas del cliente en la sesión.

Según Callaghan et al. (2008), el objetivo general de este sistema es la identificación y la especificación de los elementos que tienen pertinencia para generar un cambio de conducta en el paciente dentro del marco de la psicoterapia analítica funcional. Asimismo, estos autores sugieren que para poder correlacionar la relación terapéutica y el cambio del paciente se deben considerar y cumplir ciertos requisitos como la identificación y descripción del tratamiento, operativización del mecanismo de cambio hipotético, delimitación de las dimensiones de la conducta en las que se espera influir a través de la manipulación de este mecanismo, la creación de un sistema confiable para la observación del comportamiento dentro del marco del tratamiento, la constatación de la validez del mecanismo propuesto a

través de la comprobación empírica de su correlación con la mejoría del paciente, de la cual se debe llevar un registro para poder generalizar al contexto fuera de terapia.

Metodología

Callaghan y Follette (2008), plantean lo siguiente en el manual para la escala de valoración de la psicoterapia analítica funcional:

La codificación se realiza a partir de la observación sistemática de la sesión terapéutica mediante audio, video o transcripción (no considerada necesaria), para posteriormente clasificar la interacción verbal por parte del paciente (Tabla 1) y del terapeuta (Tabla 2) con los códigos correspondientes para cada conducta. Este sistema establece como requisito que las personas que realizan el trabajo de codificadores estén familiarizadas con los principios y cuenten con experiencia en la aplicación de la FAP, así como también, es imperante que tengan estudiado el manual.

Tabla 4.

Lista de codificación para las verbalizaciones del paciente FAPRS

Código	Nombre completo del código	Descripción breve
CRB1 (por sus siglas en inglés)	Conducta clínicamente relevante 1 (problemas en sesión)	Exhibición de conductas problema
CRB2 (por sus siglas en inglés)	Conducta clínicamente relevante 2 (mejoras en sesión)	Exhibición de conductas de mejora
CRB3 (por sus siglas en inglés)	Conducta clínicamente relevante 3 (descripción de variables de control importantes)	El cliente describe como las diferentes variables de control impactan su comportamiento y hace descripciones funcionales
CTR (por sus siglas en inglés)	Cliente enfocado en la relación terapéutica	El cliente se centra en la relación terapéutica
01	Discusión de problemas clínicos fuera de sesión (CCR1 fuera de sesión)	El cliente describe conductas problemas que ocurren fuera de sesión

Código	Nombre completo del código	Descripción breve
02	Discusión de mejoras clínicas fuera de sesión (CCR 2 fuera de sesión)	El cliente describe conductas de mejora que ocurren fuera de sesión
CPR (por sus siglas en inglés)	Progreso positivo de la sesión del cliente	El cliente describe los problemas tal y como ocurren fuera de sesión, brinda contexto, se involucra y facilita la discusión en sesión

Nota. Adaptada de Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale, (p. 64), por G. M. Callaghan y W. C. Follette, 2008, The Behavior Analyst Today, 9(1).

Tabla 5.

Lista de codificación para las verbalizaciones del terapeuta FAPRS

Código	Nombre completo del código	Descripción breve
TTR (por sus siglas en inglés)	Terapeuta enfocado en la relación terapéutica	El terapeuta mantiene el enfoque en la relación terapéutica compartiendo sus sentimientos como respuesta al cliente
ERB (por sus siglas en inglés)	Terapeuta evoca una CCR	El terapeuta evoca una conducta clínicamente relevante en el cliente (1,2 o 3)
TRB1 (por sus siglas en inglés)	Terapeuta responde de manera efectiva a un CCR1	La respuesta del terapeuta corresponde con la conducta problema del cliente en sesión
TRB2 (por sus siglas en inglés)	Terapeuta responde de manera efectiva a un CCR2	La respuesta del terapeuta corresponde con la conducta de mejora del cliente en sesión
TRB3 (por sus siglas en inglés)	Terapeuta responde de manera efectiva a un CCR3	El terapeuta le describe al cliente cómo impactan las variables de control en su comportamiento; el terapeuta moldea o modela CCR3 para el cliente
R01 (por sus siglas en inglés)	Terapeuta responde a la discusión del cliente sobre los problemas fuera de sesión (CCR1 fuera de sesión)	El terapeuta comenta sobre las conductas problema que el cliente explica que realizó fuera de sesión

Código	Nombre completo del código	Descripción breve
R02 (por sus siglas en inglés)	Terapeuta responde a la discusión del cliente sobre las mejoras	El terapeuta refuerza verbalmente la explicación del cliente sobre las conductas de mejora realizadas fuera de sesión
TPR (por sus siglas en inglés)	Progreso positivo de la sesión del terapeuta	El terapeuta se involucra en un comportamiento generalmente efectivo o facilitador.
M1 (por sus siglas en inglés)	Terapeuta pierde/no responde ante una CCR1	El terapeuta pierde la oportunidad de responder ante una CCR1
M2 (por sus siglas en inglés)	Terapeuta pierde/no responde ante una CCR2	El terapeuta no logra reforzar una CCR2 o una aproximación a esta
M3 (por sus siglas en inglés)	Terapeuta pierde/no responde ante una CCR3	El terapeuta pierde la oportunidad de responder a la descripción del cliente sobre las variables de control o una aproximación a estas
IRB1 (por sus siglas en inglés)	Respuesta ineficaz ante una CCR1	El terapeuta emite una respuesta contingente inefectiva para reducir la frecuencia de una CCR1
IRB2 (por sus siglas en inglés)	Respuesta ineficaz ante una CCR2	El terapeuta emite una respuesta contingente inefectiva para aumentar la frecuencia de una CCR2
IRB3 (por sus siglas en inglés)	Respuesta ineficaz ante una CCR3	El terapeuta emite una respuesta contingente inefectiva para aumentar la frecuencia de una CCR3
IN (por sus siglas en inglés)	Respuesta del terapeuta generalmente ineficaz	El terapeuta presenta una conducta inefectiva en general

Nota. Adaptada de Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale, (p. 64), por G. M. Callaghan y W. C. Follette, 2008, The Behavior Analyst Today, 9(1).

De conformidad con los resultados plasmados en Busch et al. (2010), para llevar a cabo la codificación es imprescindible hacer una conceptualización ideográfica del caso que permita establecer los comportamientos del cliente que serán considerados como conductas clínicamente relevantes (CCR's) y que, a su vez, le permitirá al terapeuta responder contingentemente al comportamiento del consultante (Busch et al., 2010). Posterior a esto,

se determina la unidad de análisis a partir de la delimitación de las verbalizaciones que se consideran irrelevantes y las relevantes.

Aportes y limitaciones

De acuerdo con datos extraídos por Callaghan et al. (2008), es posible sugerir que los profesionales que participan como codificadores desarrollan habilidades a lo largo de las sesiones para codificar FAP, además de hacerlo de manera confiable. Además Busch et al. (2010) señalan que este sistema es confiable, que se obtiene mayor fiabilidad si se codifica en parejas y que a través de este, se puede visualizar a través del análisis de las sesiones la disminución de conductas problema y el aumento de conductas de mejora.

Sin embargo, dentro de las consideraciones de mejora de este sistema se encuentran, por una parte, el efecto cohorte entre los codificadores y sus entrenadores Callaghan et al. (2008). Agregado a lo anterior, el desafío que resulta medir la confiabilidad de la FAPRS en múltiples diadas (terapeuta-cliente).

Por su parte De Pascual et al. (2019), señala que a pesar de que este sistema de codificación le otorga importancia a la conducta verbal de ambas partes, las resoluciones parecen señalar predominantemente la del paciente, lo cual se aleja de un estudio de la interacción terapéutica, en donde estarían más presentes las verbalizaciones del terapeuta. A la vez, a pesar de que a estas se les proporciona un carácter “funcional”, la definición de las categorías para clasificarlas presenta más rasgos descriptivos. Por último, la mayor limitante es que se encuentra dentro del marco de una forma de psicoterapia lo que dificulta su generalización.

2.6.3. Sistema ACOVEO: Análisis de la Conducta Verbal en contextos clínicos con metodología Observacional.

La usabilidad y funcionalidad son características que hacen sobresaliente al sistema ACOVEO, además, se considera un acercamiento hacia la creación de una herramienta que cuente con una confiabilidad suficiente para el estudiar los procesos responsables del cambio conductual (De Pascual et al., 2019)

Metodología

Este sistema está diseñado como una mejora e incluyendo a sistemas anteriores elaborados por integrantes del grupo ACOVEO como lo es el Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT) (Froján et al., 2008) y el Sistema de Categorización de la Interacción Verbal en Terapia (SIST-INTER-CVT) (Froján et al., 2011).

Cabe resaltar que, en este sistema, no solo se consideran los procesos operantes sino también los procesos de condicionamiento Pavloviano, y en unión a esto, se pretende que la categorización sea totalmente funcional (De Pascual et al., 2019), lo cual lo diferencia del FAPRS (Callaghan et al., 2008).

Para clasificar las interacciones se establecieron dos sistemas de categorías, por un lado, el que compete a la conducta verbal del terapeuta (Tabla 6) y, por otro lado, se establece la clasificación para las verbalizaciones del cliente, se hace uso de la categorización planteada en el Subsistema de Categorización de la Conducta Vocal del Cliente SISC-CVC (Tabla 7) encontrado como subsistema dentro del SISC-INTER-CVT (Ruiz-Sancho et al., 2013).

Tabla 6

Sistema de categorías de la conducta verbal del terapeuta ACOVEO

Categorías ACOVEO	
Estímulos antecedentes	
Función discriminativa	Verbalización que elicitaba una conducta del cliente con la finalidad de aportar información
Función discriminativa instruccional	Verbalizaciones relacionadas con la ejecución de tareas dentro o fuera de sesión
Función elicitoria	Verbalizaciones que suscitan una respuesta emocional en el cliente
Estímulos consecuentes	
Función de refuerzo	Verbalización que indica aprobación
Función de castigo	Verbalización que indica desaprobación

Categorías ACOVEO

Operaciones motivadoras

Operación motivadora con emparejamiento	El terapeuta expresa de forma contingente una verbalización que hace referencia a una conducta y una verbalización aversiva o apetitiva establecida socialmente
Operación motivadora con consecuencia	El terapeuta relaciona una conducta del cliente con sus consecuencias apetitivas o aversivas
Operación motivadora con información clínica	El terapeuta difunde conocimiento psicológico neutralmente

Nota. Adaptada de Sistema ACOVEO: una propuesta funcional para el análisis de la interacción verbal en terapia (p.76), por R. De Pascual, C. Trujillo, E. Gálvez, N. Andrés, R. Castaño, y M. Froxán, 2019, *Conductual*, 7(2).

Tabla 7.

Sistema de categorías de la conducta vocal del cliente SISC-CVC

Categorías	Definición
Proporcionar información	Verbalización a través de la cual el cliente trata de proporcionar al terapeuta información puramente descriptiva para la evaluación y/o el tratamiento
Solicitar información	Pregunta, comentario y/o petición de información por parte del cliente hacia el terapeuta
Mostrar aceptación	Verbalización del cliente que muestra acuerdo, aceptación y/o admiración ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta
Mostrar desacuerdo	Verbalización del cliente que indica desacuerdo, desaprobación y/o rechazo ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta

Categorías	Definición
Malestar	Verbalización del cliente que hace referencia al padecimiento de este debido a sus conductas problema o a la anticipación de este <i>Malestar</i>
Fracaso	Verbalización del cliente que señala la no consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la no consecución de este
Seguimiento de instrucciones dentro de sesión	Verbalización del cliente que implica un seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas inmediatamente antes por el terapeuta dentro de sesión
Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión	Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión
Descripción del seguimiento de instrucciones fuera de sesión	Verbalización del cliente que se refiere al seguimiento total o parcial de las instrucciones pautadas por el terapeuta en sesiones anteriores
No seguimiento de instrucciones dentro de sesión	Verbalización del cliente que hace referencia al no seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas inmediatamente antes por el terapeuta dentro de sesión
Anticipación del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión	Verbalización del cliente que se refiere a la predicción de la no consecución de la tarea pautada por el terapeuta para su realización fuera del contexto clínico
Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión	Verbalización del cliente que se refiere al no seguimiento total o parcial de las instrucciones pautadas por el terapeuta en sesiones anteriores
Verbalización de reacción emocional	Emisión por parte del cliente de una respuesta emocional acompañada de la verbalización que se exprese en ese momento haga referencia o no a dicha reacción emocional

Categorías	Definición
Otras	Cualquier verbalización del cliente que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores

Nota. Tomada de Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico, (p. 784), por E. Ruiz-Sancho, M. Froján-Parga y A. Calero-Elvira, 2013, *Anales de psicología*, 29(3).

Aportes y limitaciones

Por el carácter funcional de la categorización, permite que sea una herramienta utilizable independientemente de la corriente teórica, de los conceptos con los que esté familiarizado el terapeuta, su experiencia profesional en el contexto clínico y los procedimientos de los que haga uso, así, se posibilita el estudio de las interacciones terapéuticas y sirve para dar respuesta a la cuestión de por qué funciona determinada terapia y a qué se debe el cambio comportamental de los individuos que asisten a terapia. También, su diseño favorece la expansión de su uso puesto que resulta intuitivo y a pesar de que se desarrolló desde una perspectiva analítica conductual, puede ser útil para diferentes intervenciones (De Pascual et al., 2019).

La inclusión de los procesos de condicionamiento clásico en la interacción terapéutica supone otra aportación en comparación a sistemas anteriores, debido a que provee una explicación para la reducción de conductas problemáticas que se observa a lo largo de las sesiones a pesar de estar siendo mínimamente castigadas (Froján et al., 2013)

Una limitación está relacionada con la complejidad del sistema de observación, lo cual precisa el entrenamiento de los observadores y esta preparación toma más tiempo que en los sistemas basados en definiciones topográficas de la conducta. Además, requiere un conocimiento extenso en conceptos básicos del aprendizaje, que, aunque no es una limitación directa, sí que limita el número de personas que puedan utilizarlo (Alonso-Vega et al., 2022).

2.6.4. SCAFIT: El sistema de clasificación para el análisis funcional de la interacción terapéutica

Según (Olid, 2022), este sistema que aún se encuentra en desarrollo y cuyo manual aún no está publicado, pone su interés en el análisis de las acciones manifestadas por el terapeuta y el paciente en el contexto clínico, por ende, deja por fuera el tan sonado constructo de *alianza*

terapéutica. Agregando a lo anterior, el autor describe el interés del sistema por la observación de la actividad de moldeamiento presente en una sesión de psicoterapia y señala que se esté sigue un procedimiento basado en los aportes del análisis de la conducta: la metodología observacional para el estudio del fenómeno terapéutico, su filosofía (conductismo radical) que comparte la conceptualización de la acción terapéutica como supeditada a los principios de aprendizaje que tienen lugar en el contexto clínico más allá de la identificación de estos por parte del terapeuta o el individuo y por último, por la evidencia sobre lo que la aplicación del análisis de conducta aporta al estudio de situaciones centrales entre terapeuta y paciente.

Metodología

La clasificación de la conducta del cliente (Tabla 8) se realiza a partir del sistema de clasificación de la Psicoterapia Analítica Funcional (Ruiz, 2021) y cada categorización será ideográfica, es decir, dependerá de lo que se considere una conducta problemática para un cliente específico, lo que se considere una mejora o una interpretación útil del cliente con respecto a su problemática (Olid, 2022).

Tabla 8.

Categorización de la conducta verbal del cliente

Código	Descripción
CCR1D o CCR1F	Comportamiento observable de la persona relacionado con su motivo de consulta, quejas principales y los problemas psicológicos auto percibidos.
CCR2D o CCR2F	Comportamiento observable de la persona relacionado con los avances terapéuticos que resultan incompatibles con las anteriores.
CCR3D	Comportamiento verbal de la persona que especifica relaciones funcionales auto-referidas que relacionen su propio comportamiento y el contexto

Código	Descripción
NR	Conducta no relevante, en este caso será considerada así toda conducta que no entre dentro del listado de CCR's especificadas por el terapeuta

Nota. Elaborada a partir de *Análisis de la interacción clínica desde una perspectiva analítico funcional* (p. 236), por J. Olid, 2022, Psara Ediciones.

Para poder clasificar la conducta del paciente, los investigadores deben contar con un listado elaborado por el psicólogo que ha llevado el caso en donde se expresen todas las CCR al cual acudir para relacionar las verbalizaciones del paciente con su categoría, contando como unidad de análisis cada verbalización desde su principio hasta que inicia la del terapeuta.

Por su parte, en cuanto a la conducta del terapeuta se pretende visualizar la manera en la que repercuten sus verbalizaciones en las del cliente, es por esto para clasificar las consecuencias de su conducta verbal (Tabla 9), se deben observar tríadas de verbalizaciones en el orden cliente-terapeuta-cliente, siendo el paso de una verbalización del cliente a otra, lo que definirá la función de la conducta verbal del terapeuta sobre la respuesta del paciente.

Tabla 9.

Categorización del efecto de la conducta del terapeuta

Código	Descripción
RP	Conducta de reforzamiento positivo
RN	Conducta de reforzamiento negativo
CP	Conducta de castigo positivo
CN	Conducta de castigo negativo

Nota. Elaborada a partir de *Análisis de la interacción clínica desde una perspectiva analítico funcional* (p. 236), por J. Olid, 2022, Psara Ediciones.

Aportes y limitaciones

De acuerdo con (Olid, 2022), uno de los aportes del uso de este sistema recae en la oportunidad de poder visualizar a través de una gráfica el cambio a lo largo de las sesiones, las contingencias del terapeuta y las contingencias de reforzamiento de cada una de las CCR en cada sesión. Además, permite el entrenamiento los participantes en discernir y llevar a cabo un proceso de aprendizaje ligado hipotéticamente al éxito en psicoterapia, es decir un procedimiento que concluya en el cambio de comportamiento, siendo la finalidad de la psicoterapia.

Debido a que es un sistema que aún sigue en proceso, no en cuanto a su metodología sino a estudios publicados, las limitaciones quedan a expensas de los resultados en futuros estudios.

2.7. Experiencia personal de investigación a partir del Sistema de Clasificación para el Análisis Funcional de la Interacción Terapéutica (SCAFIT)

El trabajo de investigación se realiza a partir de la utilización del Sistema de Clasificación para el Análisis Funcional de la Interacción Terapéutica (en adelante SCAFIT), el cual fue creado como parte del Proyecto doctoral del Doctorante José Olid, que tiene como director al Doctor Luis Valero Aguayo. Es importante resaltar que el proyecto aún está en proceso.

La investigación se inició en el mes de abril del presente año con el objetivo inicial de analizar un caso a través de SCAFIT para su posterior presentación en modalidad de póster en el *IX Congreso en contextos Clínicos y de la Salud*, el cual será presentado bajo el nombre de *Intervención psicológica online utilizando psicoterapias contextuales en problema de concentración. Presentación de caso con metodología observacional*. Posteriormente, se procederá a la elaboración de un artículo a partir de dos casos, el mencionado y otro que aún se encuentra en las primeras etapas del proceso.

El grupo investigador está coordinado por el Doctorante Jose Olid, e integrado por el equipo del Laboratorio Tecnológico Conductual Contextual, el cual se componen de personas de diferentes países, cuyo fin es el desarrollo de investigación y la comunicación de resultados sobre los siguientes temas (Terapiascontextuales.com, s/f):

1. Principios de aprendizaje y procesos psicológicos básicos aplicados a la psicoterapia.

2. Protocolos breves focalizados para la mejora de la satisfacción vital.
3. Pruebas psicométricas con utilidad para la medición del cambio de comportamiento.
4. Sistemas de clasificación de comportamientos en psicoterapia.

Las reuniones de equipo se llevan a cabo de manera semanal, a partir de videoconferencia, dos días a la semana. El resto de la semana cada integrante se dedica de manera individual a los trabajos asignados.

Para una mejor organización, se pretende explicar secuencialmente el proceso para la aplicación del sistema.

Primeramente, se utilizó un manual proporcionado por el coordinador del equipo para lograr el entendimiento del sistema de clasificación, los contenidos de este manual son en parte lo desarrollados en el apartado dedicado a la explicación del sistema; sin embargo, el manual que fue otorgado al equipo contiene actividades extra que permitieron hacer un entrenamiento previo de la clasificación del paciente y del terapeuta. En él, se explica a profundidad cómo se puede considerar un reforzamiento o castigo, para la conducta verbal del terapeuta; en cuanto a la clasificación de la conducta verbal del paciente no se requirió práctica a partir del manual puesto que, para esta, es otorgada una lista específica para el caso de las *conductas clínicamente relevantes* (en adelante CCR's), es el terapeuta que llevó el caso quien otorga este listado.

Después, se procedió a la clasificación de 8 sesiones de psicoterapia de un caso diferente al cual se va a presentar, esto con la finalidad de entrenamiento de los integrantes del equipo en la asignación de códigos a cada verbalización, lo cual a su vez implica seguir rigurosamente la lista de CCR's proporcionada por el terapeuta que llevó el caso, lo cual ayuda a operativizar el proceso y evitar sesgos. Y por su lado, la clasificación del terapeuta se lleva a cabo a partir del efecto que tiene su verbalización sobre el paciente; es decir, para clasificarla se debe considerar la verbalización anterior y posterior del paciente (ver anexo A).

Consecutivamente, se recibió la lista de CCR's para el caso particular de problemas en la concentración, como un primer ensayo se repartieron las siete sesiones del caso y para evitar sesgos, se repartieron aleatoriamente, ocultando el número de sesión a la que correspondían. Una vez clasificadas todas las sesiones, se procede a calcular el Kappa de Cohen para medir el acuerdo entre los clasificadores (Warrens, 2011) y así, analizar el grado de confiabilidad

existente; es decir, para asegurar que se está clasificando la sesión de forma parecida entre los clasificadores. Es importante agregar que, para cada sesión, se realiza un cálculo de las CCR's del paciente lo que permite la visualización del proceso de cambio a través de las sesiones.

Por último, una vez asegurada la confiabilidad se procede a realizar el *Laq Sequential Analysis* (en adelante LAS) de la clasificación de las sesiones mediante "R", el cual es un sistema de computación estadística y gráficos (Hornik y R Core Team, 2022). Antes de entrar al programa "R" se enlistan las clasificaciones de todas las sesiones, y a cada código del terapeuta y del paciente se le asigna un número establecido. Para tener un mejor entendimiento del sistema, se impartió un entrenamiento previo en LAS, en conjunto con las explicaciones de su uso, las cuales se detallan a continuación:

1. Chi-cuadrado, permite ver el grado de interdependencia entre secuencias numéricas dicotómicas, en este caso entre las verbalizaciones entre el terapeuta y el consultante.
2. Q de Yule, ayuda para saber en qué grado el terapeuta está siendo efectivo, es decir, está reforzando y castigando las CCR's adecuadas. En otras palabras, está moldeando de manera efectiva el comportamiento del consultante.

En esta experiencia están implícitos algunos elementos mencionados a lo largo del trabajo como los microprocesos puesto que se estudian directamente las verbalizaciones, la metodología observacional que es una alternativa práctica en el estudio de procesos y se puede hacer un análisis de los efectos del terapeuta en el cambio del cliente.

2.8. Crítica a los sistemas de clasificación de corte funcional

Si bien, existe una extensa variedad de sistemas de categorías que permiten la clasificación de las verbalizaciones que tienen lugar en sesión, muchos están elaborados desde corrientes psicoterapéuticas específicas lo cual para un análisis funcional de la verbalización no resulta beneficioso. Optan por una aproximación descriptiva de las verbalizaciones en terapia dejando fuera la función que estas puedan tener en el proceso de cambio (Rodríguez-Morejón et al., 2018).

Tomando a la empatía que es considerada como un factor con un alto grado de influencia en el cambio psicoterapéutico, la descripción general de este concepto como que el terapeuta

sea capaz de entender los sentimientos que presenta el cliente y hacerlo evidente ante el paciente, dice muy poco sobre cómo y en qué medida la empatía resulta efectiva (Froxán, 2020). Por lo tanto, si un sistema se dedicara a clasificar el contenido de las verbalizaciones empáticas del terapeuta, y las adjudicara como parte explicativa del cambio en psicoterapia, es decir, pretende explicar el proceso de cambio a partir de la empatía expresada por parte del terapeuta hacia el paciente, deja brechas sin responder como la medida en que se debe ser empático y si funciona para todos los pacientes por igual.

Por otro lado, los sistemas que se enfocan en la función que tienen las verbalizaciones, más que otorgar nombres cuya operativización resulta tediosa, permiten describir procesos de moldeamiento verbal responsables por el cambio en sesión, además de la capacidad de contar con la capacidad de ser usado como modelo atórico.

El anterior es el caso de los tres sistemas presentados en este trabajo, que, si bien se decantan por la clasificación basada en la función que tienen las verbalizaciones, unas lo son más que otras, además están dirigidos hacia un micro-análisis del proceso terapéutico.

En referencia a estos sistemas, desde el *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* aunque se plantea como un sistema funcional, las clasificaciones otorgadas a las verbalizaciones del terapeuta parece ser más de corte descriptivo, que en varias categorías predomina el contenido más que la función que tiene su conducta. Además, este tipo de sistemas deja entrever una problemática de la aplicabilidad cuando se crean desde determinados enfoques, el cual representa una limitante para generalizarlo puesto que actúa desde herramientas, principios y conceptualizaciones de la Psicoterapia Analítica Funcional.

Por su parte el Sistema ACOVEO, resulta un sistema atórico y con la facilidad de ser utilizado de manera general por profesionales o estudiantes. En comparación con el *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* que requiere un año de entrenamiento específico en Psicoterapia Analítica Funcional, el entrenamiento para este sistema implica menor tiempo y su flexibilidad hace que no se necesiten modificaciones para aplicarlo a cualquier tipo de estudio. En comparación con el Sistema de Clasificación para el Análisis Funcional de la Interacción Terapéutica (SCAFIT), el sistema ACOVEO cuenta con las conductas del terapeuta que funcionan como castigo o refuerzo; sin embargo, en el SCAFIT, la función del terapeuta únicamente se clasifica en base a la conducta expresada por el paciente inmediatamente después de su intervención.

Una limitante momentánea de los dos últimos sistemas (ACOVEO y SCAFIT), es la falta de sistemas de automatización que puedan aligerar el trabajo que conlleva la aplicación de estos sistemas, además de los recursos de tiempo y personas que se requiere para su realización.

Es relevante que el SCAFIT se puede considerar como una versión mejorada del Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale, puesto que comparten la conceptualización idiográfica y la métrica de contingencias mediante el Lag Sequential Analysis.

3. Conclusiones

La investigación de procesos psicoterapéuticos de cambio ha estado bajo la lupa del cuestionamiento a lo largo de los más de setenta años que ha estado activa buscando el entendimiento de los elementos responsables de que el proceso psicoterapéutico funcione, aunque se ha llevado a cabo desde perspectivas con diferentes fondos teóricos. Ha sido robusta la investigación en la efectividad de las terapias, sin embargo, hoy en día la investigación parece más preocupada por el entendimiento de esa efectividad, puesto que continúan los estudios desde diferentes tipos de terapias para llegar al cometido.

Sin embargo, la pluralidad de enfoques, metodologías, unidades de análisis y objetivos de estudio no han permitido que se llegue a un consenso sobre el tema, y mucho de esto puede ser por el empeño de cada nicho de la psicoterapia de mantener la superioridad de su lado. Agregado a esto, otra consecuencia de la diversidad de estudios es que se limita la posibilidad de compararlos entre sí, lo cual da como resultado la inconsistencia de resultados en el área.

Por otro lado, pese a los intentos por establecer factores comunes a todos los enfoques, estos pueden explicar solo una parte del cambio y quedan a la deriva variables extras que posiblemente estén interviniendo. Es relevante resaltar que estos los factores comunes antes considerados escasos de base teórica ahora son soportados por el modelo contextual. En línea con lo anterior, los factores específicos planteados por el modelo médico continúan en investigación ya que las dificultades para su estudio y demostración son razón para evitar que su función en el cambio psicoterapéutico quede descartada. Hasta la fecha, no se puede afirmar el carácter causal de estos en la psicoterapia.

A través de la investigación y particularmente de los sistemas presentados, se establece que el involucramiento en estos permite el entrenamiento de los terapeutas cumpliendo de esta manera con al menos de uno de los objetivos de la investigación en psicoterapia que va dirigida hacia proveer mejores intervenciones. Por otro lado, se debe considerar el trabajo que conlleva su aplicación puesto que implican esfuerzos divididos por la cantidad de información de sesiones que se maneja, además de roles repartidos para evitar sesgos en los resultados. De los tres sistemas presentados, se considera que el Sistema ACOVEO y el Sistema de clasificación para el Análisis Funcional de la Interacción Terapéutica son más viables por el menor tiempo que requieren en entrenamiento en comparación al Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale, además de que tiene una mayor aplicabilidad por su carácter funcional en contraposición a sistemas descriptivos con conceptualizaciones propias de una determinada corriente teórica.

En cuanto a la aplicación del Sistema de clasificación para el Análisis Funcional de la Interacción Terapéutica, como experiencia más que como sistema, representa una oportunidad invaluable para el entrenamiento como terapeuta por participar en diferentes etapas de aplicación del sistema, porque permite visualizar el proceso terapéutico lo cual es útil para obtener herramientas al enfrentar los primeros encuentros como psicoterapeuta en el futuro y para ser parte del aporte al área de investigación en psicoterapia.

3.1. Limitaciones

La diversidad de estudios sin que se pueda llegar a un consenso dificulta la elección de la línea de investigación a elegir, a esto se agrega la falta de literatura donde se puedan ver diversas aplicaciones de estos sistemas en estudios de caso.

Por otro lado, mucha de la literatura encontrada para algunos apartados del presente trabajo incluía citas de los autores más importantes en la línea de investigación lo que puede proyectar información desactualizada por la fecha de la que datan, sin embargo, se da explicación debido a la vigencia que actualmente tienen los conceptos y en algunos casos a su carácter histórico.

Entrando en especificaciones, en el caso de estos sistemas, su aplicación se ha realizado en población adulta, por lo que deja una brecha en la investigación y aplicación para la población infantil.

3.2. Prospectiva

La línea de este trabajo se puede continuar con una aplicación a casos reales del sistema ACOVEO y del SCAFIT para poder hacer una comparativa más detallada en cuanto a resultados. Además, en cuanto al uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) y de la inteligencia artificial aplicada a la psicología, ya existen diferentes softwares aplicados al estudio del comportamiento, como es el caso de *The Observer XT* que permite la integración y sincronización de señales multimodales de varias fuentes, como datos de observación, video, seguimiento y fisiológicos (Zimmerman et al., 2009). *Boris*, de igual manera enfocado en la codificación de comportamientos en ambientes específicos (Friard y Gamba, 2016). INTERACT, que permite la visualización y análisis sincronizado de archivos de video y audio en la investigación observacional (Mangold, 2018). Si bien, estos softwares llegan a ser útiles para clasificar comportamientos, lo hacen de manera descriptiva. Además, el uso de estos se puede ver limitado por su costo, resultandos inaccesibles a investigadores que no estén afiliados a una institución que pueda proveerlos (Friard y Gamba, 2016). Sin embargo, es esperable que se llegue al punto en donde puedan servir de apoyo para clasificaciones funcionales.

Anexo A. Clasificación del efecto del terapeuta

No. Muestra	Contenido	Categoría
1	C: Tengo problemas para concentrarme, hoy por ejemplo estaba haciendo un trabajo y me puse a jugar en el teléfono y cuando vi el reloj ya habían pasado 2 horas.	1F
	T: Vale, ¿te parece si me platicas un poco más sobre las situaciones donde te pasa esto?	RP
	C: Sí, me pasa casi todos los días en la escuela y en mi casa. Creo que también tiene que ver que hay algunas situaciones políticas en el país que no me dejan tranquilo, por ejemplo, se está elaborando una nueva reforma...	1D
2	C: Sí, me pasa casi todos los días en la escuela y en mi casa. Creo que también tiene que ver que hay algunas situaciones políticas en el país que no me dejan tranquilo, por ejemplo, se está elaborando una nueva reforma...	1D
	T: Venga, ¿te das cuenta de lo que está pasando ahora mismo?	CP
	C: Sí. Tienes razón. Divagué.	2D
3	C: Sí. Tienes razón. Divagué.	2D
	T: Entiendo, lo importante es darse cuenta en el momento y cortar.	RP
	C: Sí, pondré en práctica cortar cuando sienta que estoy divagando.	2D

Nota. En la tabla se puede visualizar un ejemplo de la interacción llevada a cabo en el caso de concentración, los datos fueron cambiados por cuestiones de protección de la confidencialidad del paciente. Se puede observar cómo la conducta del terapeuta se clasifica de acuerdo con la función de su verbalización en la conducta del paciente.

Referencias bibliográficas

- Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*(3), 251–257. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.251>
- Alonso-Vega, J., Pereira, G., & Froxán-Parga, M. X. (2022). *Functional Coding System for Verbal Interaction in Clinical Contexts: ACOVEO System*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/ytpq5>
- Ávila, A., Caro, I., Orlinsky, D., Coscollá, A., Rodríguez, S., & Alonso, M. (2000). El desarrollo profesional de los psicoterapeutas españoles. [The professional development of Spanish psychotherapists.]. *Boletín de Psicología (Spain), 69*, 43–69.
- Baldwin, S. A., & Goldberg, S. B. (2021). Methodological foundations and innovations in quantitative psychotherapy research. En M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons, Inc.
- Botella, L. (2019). Las respuestas que obtienes dependen de las preguntas que haces: la investigación en Psicoterapia revisitada [The Answers you get depend on the questions you ask: Psychotherapy Research Revisited]. *Acción Psicológica, 17*(1), 1–12. <https://doi.org/10.5944/ap.17.1.27809>
- Busch, A. M., Callaghan, G. M., Kanter, J. W., Baruch, D. E., & Weeks, C. (2010). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: a Replication and Extension [La Escala Evaluadora de la Psicoterapia Analítica Funcional: una replicación y extensión]. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 40*(1), 11–19. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9122-8>
- Callaghan, G. M., Follete, W. C., Ruckstuhl, L. E., & Linnerooth, P. (2008). The Fuctional Analytic Psychotherapy Ratin Scale (FAPRS): A behavioural psychotherapy codig system [Escala Evaluadora de la Psicoterapia analítica Funcional (FAPRS): Un sistema de codificación de la psicoterapia conductual]. *The Behaviour Analyst Today, 9*(1), 98–116.
- Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2008). FAPRS Manual: Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale. *The Behavior Analyst Today, 9*(1), 57–97. <https://doi.org/10.1037/h0100649>

- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology, 15*(1), 207–231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- De Pascual, R., Trujillo, C., Gálvez, E., Andrés, N., Castaño, R., & Froxán, M. (2019). *Sistema ACOVEO: una propuesta funcional para el análisis de la interacción verbal en terapia. 7*(2), 69–82. <http://conductual.com/articulos/Sistema>
- Elliott, R., & Farber, B. A. (2010). Carl Rogers: Idealistic pragmatist and psychotherapy research pioneer. En L. G. Castonguay, J. C. Muran, L. Angus, J. A. Hayes, N. Ladany, & T. Anderson (Eds.), *Bringing psychotherapy research to life: Understanding change through the work of leading clinical researchers.* (pp. 17–27). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12137-002>
- Friard, O., & Gamba, M. (2016). Boris : a free, versatile open-source event-logging software for video/audio coding and live observations. *Methods in Ecology and Evolution, 7*(11), 1325–1330. <https://doi.org/10.1111/2041-210X.12584>
- Froján, M. X., Galván, N., Izquierdo, I., Ruiz, E., & Marchena, C. (2013). Análisis de las verbalizaciones desadaptativas del cliente y su relación con las verbalizaciones punitivas del terapeuta: un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta, 39*(159), 25–38.
- Froján, M. X., Montaña, M., Calero, A., García, A., Garzón, A., & Ruiz, E. M. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. En *Psicothema* (Vol. 20). www.psycothema.com
- Froján, M. X., Montaña, M., Calero, A., & Ruiz, E. (2011). Aproximación al Estudio Funcional de la Interacción Verbal entre Terapeuta y Cliente Durante el Proceso Terapéutico. *Clínica y Salud, 22*(1), 69–85. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n1a5>
- Froján-Parga, M. (2011). ¿Por qué Funcionan los Tratamientos Psicológicos? *Clínica y Salud, 22*(3), 201–204. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n3a1>
- Froxán, M. X. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana.* Pirámide.
- Froxán-Parga, M. X., De Pascual-Verdú, R., Ávila-Herrero, I., & Alonso-Vega, J. (2020). Evolución histórica del análisis funcional. En M. X. Foxán-Parga (Ed.), *Análisis funcional de la conducta humana: Concepto, metodología y aplicaciones* (pp. 26–52). Pirámide.

- García, A., & Balam, H. (2019). Terapias contextuales. Una propuesta clínica desde una perspectiva post-skinneriana. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 22(2), 42–57.
- García, L. L. (2009). Historia reciente de la investigación en psicoterapia. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1(1), 1–6. <http://www.psiencia.org>
- García, R. (2006). La psicoterapia analítica funcional (PAF): Estableciendo relaciones terapéuticas intensas y curativas. *Psicología Conductual*, 14(3), 343–359.
- González-Blanch, C., & Carral-Fernández, L. (2017). ¡Enjaulad a Dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 94–106. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2828>
- González-Terrazas, R., & Parga, M. X. F. (2021). Saber qué y saber cómo. Una propuesta explicativa de tres técnicas terapéuticas empíricamente validadas. *Clínica Contemporánea*, 12(3). <https://doi.org/10.5093/cc2021a22>
- Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behaviour: A review [Análisis funcional de la conducta problemática: Una revisión]. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(2), 147–185. <https://doi.org/10.1901/jaba.2003.36-147>
- Hardy, G., & Llewelyn, S. (2015). Introduction to Psychotherapy Process Research. En O. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research: Foundations, Process and Outcomes* (pp. 183–194). Springer.
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., & Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses: A Study in Evidence [Encontrando el núcleo filosófico: Una revisión de las hipótesis del mundo de Stephen C. Pepper: Un estudio en evidencia]. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50(1), 97–111. <https://doi.org/10.1901/jeab.1988.50-97>
- Hersen, M., Michelson, L., & Bellack, A. S. (1984). Historical Overview. En M. Hersen, L. Michelson, & A. S. Bellack (Eds.), *Issues in Psychotherapy Research. Applied Clinical Psychology*. (pp. 3–33). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2283-0_1
- Hill, C., & Lambert, M. (2004). Methodological Issues in Studying Psychotherapy Processes and Outcomes. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 87–135). John Wiley & Sons.

- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hornik, K., & R Core Team. (2022). *The R FAQ*. <https://CRAN.R-project.org/doc/FAQ/R-FAQ.html>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Jørgensen, C. R. (2004). Active ingredients in individual psychotherapy: Searching for common factors. *Psychoanalytic Psychology*, 21(4), 516–540. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.21.4.516>
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Dougher, M. J. (1993). The Dimensions of Clinical Behavior Analysis [Las dimensiones del análisis de la conducta clínica]. *The Behavior Analyst*, 16(2), 271–282. <https://doi.org/10.1007/BF03392636>
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Kanter, J. W. (2009). What is functional analytic psychotherapy. *A guide to functional Analytic Psychotherapy. Awareness, courage, love and behaviorism*, 1–19.
- Krause, M. (2023). Lessons from ten years of psychotherapy process research. *Psychotherapy Research*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2200151>
- Krause, M., & Altimir, C. (2016). Introduction: current developments in psychotherapy process research. *Estudios de Psicología*, 37(2–3), 201–225. <https://doi.org/10.1080/02109395.2016.1227574>
- Krause, M., Altimir, C., & Horvath, A. (2011). Deconstructing the Therapeutic Alliance: Reflections on the Underlying Dimensions of the Concept. *Clínica y Salud*, 22(3), 267–283. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n3a7>
- Lutz, W., Castonguay, L., Lambert, M., & Barkham, M. (2021). Traditions and New Beginnings: Historical and Current Perspectives on Research in Psychotherapy and Behavior Change. En M. Barkham, W. Lutz, & L. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (7th ed., pp. 3–18). John Wiley & Sons, Inc.

- Mangold, P. (2018). Das Unsichtbare entdecken durch werkzeuggestützte wissenschaftliche Beobachtung [Descubre lo invisible a través de la observación científica asistida por herramientas]. En H. Böttger, K. Jensen, & T. Jensen (Eds.), *Mindful Evolution: Conference Proceedings*. (pp. 196–214). Klinkhardt.
- Montaño, M. (2008). *Estudio Observacional de la Conducta Verbal del Psicólogo para el Análisis del Proceso Terapéutico* [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid.
- Montaño, M., Froján, M., Ruiz, E., & Virués, F. (2011). El Proceso Terapéutico “Momento a Momento” desde una Perspectiva Analítico-Funcional. *Clínica y Salud*, 22(2), 101–119. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n2a2>
- Morales, M. (2013). Psicología clínica y guerras mundiales: reflexiones sobre la validación y configuración del complejo psi. *Revista Liminales. Escritos sobre Psicología y Sociedad*, 2(04), 99–113.
- Muñoz-Martínez, A. M., & Coletti, J. P. (2015). La Psicoterapia Analítico Funcional: aproximaciones y alcances de una terapia conductual basada en los cambios dentro del contexto clínico. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 26, 43–48.
- Muran, J., Castonguay, L., & Strauss, B. (2010). *A Brief Introduction to Psychotherapy Research* (pp. 3–13). <https://doi.org/10.1037/12137-001>
- Olid, J. (2022). Análisis de la interacción clínica desde una perspectiva analítico conductual: El Sistema de Clasificación para el Análisis Funcional de la Interacción Terapéutica (SCAFIT). En R. González-Terrazas & M. Colombo (Eds.), *Análisis de la conducta: Teoría y aplicaciones clínicas* (pp. 233–258). Psara ediciones.
- Orlinsky, D., Ronnestad, M., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. En M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 307–390). Wiley.
- Pascual-Leone, A., Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, J. (2009). Developments in task analysis: New methods to study change. *Psychotherapy Research*, 19(4–5), 527–542. <https://doi.org/10.1080/10503300902897797>
- Pérez-Álvarez, M. (2018). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 1–22. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>

- Pérez-Álvarez, M. (2020). El embrollo científico de la psicoterapia: Cómo salir. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 174–188. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2944>
- Pérez-Álvarez, M. (2022). El gran debate de la psicoterapia. *Papeles del Psicólogo*, 43(2), 133–135.
- Ribes, E. (2008). Conducta Verbal de Skinner: Un análisis retrospectivo. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(3), 323–334.
- Roca, A. (2019). Tutorial: Verbal behavior and description of an intervention for an adult with broca's aphasia. *Revista Mexicana de Analisis de la Conducta*, 45(2), 274–318. <https://doi.org/10.5514/rmac.v45.i2.75567>
- Rodríguez-Morejón, A., Zamanillo, A., Iglesias, G., Moreno-Gámez, A., Navas-Campaña, D., Moreno-Peral, P., & Rodríguez-Arias, J. (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, R. (1976). Experimenter effects in behavioral research, Enlarged ed. En *Experimenter effects in behavioral research, Enlarged ed.* Irvington.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412–415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Ruiz, J. J. (2021). *Manual de terapias conductuales contextuales. Una exposición crítica descriptiva.* (1a ed.). Psara ediciones.
- Ruiz-Sancho, E., Froján-Parga, M. X., & Calero-Elvira, A. (2013). Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico. *Anales de Psicología*, 29(3), 779–790. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.135401>
- Salvatore, S. (2011). Psychotherapy Research Needs Theory. Outline for an Epistemology of the Clinical Exchange. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 45(3), 366–388. <https://doi.org/10.1007/s12124-011-9180-9>
- Salvatore, S., & Gennaro, A. (2015). Outlines of a General Theory of the Psychotherapy Process. The Clinical Exchange as Communicational Field: Theoretical Considerations and

- Methodological Implications. En *Psychotherapy Research* (pp. 195–212). Springer Vienna.
https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_10
- Sánchez, A. (2022). *Estudio de la relación entre el éxito terapéutico y procesos de cambio mediante el análisis de la conducta verbal*. [Tesis de grado, Universidad Autónoma de Madrid]. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/703749>
- Sánchez-Oro, I. (2022). *Transferencia Funcional de Autoclíticos Bajo Control Abstracto de Operantes Verbales* [Tesis Doctoral]. Universidad de Sevilla.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92(3), 581–604.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.92.3.581>
- Skinner, B. F. (1977). *Ciencia y Conducta Humana*. Editorial Fontanella.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Prentice-Hall.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752–760. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>
- Strupp, H. H., & Howard, K. I. (1992). A brief history of psychotherapy research. En D. K. Freedheim, J. Freudenberger, J. W. Kessler, S. B. Messer, D. R. Peterson, H. H. Strupp, & P. L. Watchel (Eds.), *History of psychotherapy: A century of change*. (pp. 309–334). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10110-008>
- Terapiascontextuales.com. (s/f). *TC-Lab*. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.terapiascontextuales.com/tclab/>
- Valero, L., & Ferro, R. (2015). *Psicoterapia analítica funcional: El análisis funcional en la sesión clínica*. Editorial Síntesis.
- Wallerstein, R. S. (1989). The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 195–205.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.2.195>
- Wampold, B. E. (2015). ¿Cuán importantes son los factores comunes en psicoterapia?: Una actualización. *World Psychiatry*, 13(3), 270–277.

- Wampold, B. E. (2017). What Should We Practice?: A contextual model for how psychotherapy works. En T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller, & B. E. Wampold (Eds.), *The Cycle of Excellence* (pp. 49–65). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119165590.ch3>
- Wampold, B. E. (2019). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice (2nd ed.)*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000117-000>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2021). *El gran debate de la psicoterapia: La evidencia de qué hace que la terapia funcione*. Editorial Eleftheria.
- Warrens, M. J. (2011). Cohen's kappa is a weighted average. *Statistical Methodology*, 8(6), 473–484. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.stamet.2011.06.002>
- Wilson, G. T., & Rachman, S. J. (1983). Meta-analysis and the evaluation of psychotherapy outcome: Limitations and liabilities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(1), 54–64. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.1.54>
- Zimmerman, P. H., Bolhuis, J. E., Willemsen, A., Meyer, E. S., & Noldus, L. P. (2009). The Observer XT: A tool for the integration and synchronization of multimodal signals. *Behavior Research Methods*, 41(3), 731–735. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.3.731>