

Artículo

## Aproximación al Estudio del Reforzamiento Verbal en Psicoterapia

Natalia Andrés-López<sup>1</sup> , Víctor Estal-Muñoz<sup>1</sup> , María Fernández-Shaw<sup>1</sup>  y Gladis-Lee Pereira<sup>1,2</sup> 

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Madrid, España

<sup>2</sup> Universidad Europea de Madrid, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Diciembre 27, 2023

Aceptado: Marzo 13, 2024

#### Palabras clave:

Reforzamiento verbal  
Interacción terapéutica  
Investigación de procesos  
Análisis clínico de la conducta  
Análisis secuencial

### RESUMEN

El reforzamiento verbal es uno de los procedimientos que se ha postulado como responsable del cambio conductual en la mayoría de las terapias. Es el principio de conducta más importante y apenas ha sido investigado en su modalidad verbal en contextos clínicos. El objetivo del presente estudio es ahondar sobre este fenómeno y arrojar conocimiento sobre cómo usan los terapeutas el procedimiento de reforzamiento verbal positivo en las diferentes fases de una intervención psicológica. Se analizan 60 sesiones clínicas de terapia conductual mediante un sistema de categorías de la conducta verbal del terapeuta y cliente diseñado para investigar la interacción terapéutica. Los resultados indican que los terapeutas hacen uso de reforzamiento verbal, emitiendo diferentes niveles de aprobación en función del tipo de verbalizaciones de los clientes. Este trabajo permite comprobar la utilidad de la metodología observacional para investigar los procesos que pueden explicar el cambio clínico, entendiendo el papel de los procedimientos de reforzamiento verbal y su relación con otras posibles funciones de la conducta verbal del terapeuta.

## Approach to the Study of Verbal Reinforcement in Psychotherapy

### ABSTRACT

Verbal reinforcement stands as a pivotal procedure implicated in behavioral change across various therapeutic modalities. It constitutes a fundamental tenet of behavioral principles, yet its verbal manifestation in clinical contexts remains relatively underexplored. This study aims to comprehensively examine this phenomenon and contribute insights into how therapists employ positive verbal reinforcement throughout different phases of psychological interventions. An analysis of 60 clinical sessions in behavioral therapy employs a systematic categorization of therapist and client verbal behavior designed to scrutinize therapeutic interaction. The findings suggest that therapists employ verbal reinforcement by expressing nuanced levels of approval contingent on the nature of client verbalizations. This research underscores the efficacy of observational methodology in probing processes that elucidate clinical change, shedding light on the role of verbal reinforcement procedures and their interplay with other potential functions of therapist verbal behavior.

#### Keywords:

Verbal reinforcement  
Therapeutic interaction  
Process research  
Clinical behavior analysis  
Sequential microanalysis

## Introducción

Todas las terapias exitosas modifican el comportamiento del cliente, aunque esta modificación no asegure el éxito en todas las ocasiones. El reforzamiento se ha postulado como uno de los procedimientos principales para modificar conductas (Cooper et al., 2020). De hecho, en la investigación en psicoterapia, numerosos autores coinciden en definir el cambio clínico como el desarrollo por parte del cliente de una nueva historia de aprendizaje a partir de procesos de reforzamiento diferencial y contingente que el terapeuta pone en marcha ante determinadas conductas del cliente (Ferro-García et al., 2007; Froján-Parga y Calero-Elvira, 2011; Kohlenberg y Tsai, 1995; Strosahl et al., 2005). Es por esto que su estudio capta una relevancia central, pues además de ser uno de los procedimientos más aplicados en contextos clínicos y educativos, se ha postulado como el principio de conducta más importante (Lorah et al., 2019; Northup et al., 1993).

Thorndike (1911) fue el primero en introducir la relevancia de este fenómeno con su llamada *ley del efecto* por la cual “si una respuesta ejecutada en presencia de un estímulo va seguida de un hecho satisfactorio, la asociación entre el estímulo y la respuesta se fortalece”. A partir de ahí, y junto con la definición de condicionamiento operante se acuñó el término reforzador como aquel estímulo que cuando se hace contingente con una respuesta modifica su probabilidad futura de ocurrencia (Skinner, 1938) y reforzador positivo como aquel estímulo consecuente que incrementa la probabilidad de la respuesta a la que sigue cuando la contingencia entre respuesta y consecuente es positiva (Froxán-Parga, 2020; Pellón et al., 2014). Pese al gran apoyo empírico de este procedimiento desde el laboratorio, apenas ha sido estudiado en la terapia psicológica con adultos, ni cómo se produce, ni si realmente es efectivo, ni si existe una forma óptima de aplicarlo.

Algunos de los autores que se aproximaron a su estudio en la clínica fueron Truax (1966) y Ferster (1972a). El primero llevó a cabo un análisis de sesiones de una terapia no directiva como la rogeriana. Sus resultados resultaron sorprendentes al encontrar que se ponían en marcha procedimientos de reforzamiento ante conductas proterapéuticas del cliente, sin que desde este tipo de modelos se explicase el cambio aludiendo a este mecanismo conductual. Esto nos lleva a plantear que el reforzamiento ocurre, independientemente del modelo adoptado por el psicólogo o su intencionalidad en aplicarlo. Ferster, por otro lado, junto con Skinner (1953) asentó las bases conceptuales para un enfoque conductual en la psicoterapia, subrayando la importancia de realizar un análisis experimental del fenómeno clínico (1972b) y de diferenciar entre reforzamiento natural y arbitrario en contextos aplicados (1972a). A partir de aquí, otros autores intentaron abordar los problemas fundamentales de la psicoterapia ambulatoria con adultos desde un enfoque conductual asentado sobre el conductismo radical de Skinner (Hamilton, 1988; Hayes, 1987; Kohlenberg y Tsai, 1991). A este enfoque se le conoce como *análisis clínico de la conducta* (Kohlenberg et al., 1993) y resulta fundamental para contribuir a desentrañar las variables que nos ayudarán a comprender el fenómeno clínico (Zettle, 2020).

El equipo de investigación al que se adscribe el presente trabajo (ACOVEO; Análisis de la CONducta VERbal empleando

metodología Observacional) cuenta con una larga trayectoria en la investigación de los procesos que podrían explicar el cambio clínico a través del estudio de la interacción terapéutica. Atender a las verbalizaciones que se dan durante las sesiones de terapia es una de las principales, y en ocasiones la única forma de conocer los problemas y progresos del cliente (Ruiz-Sancho, 2011), de hecho, en muchas ocasiones, la problemática de los clientes radica en lo que se dicen acerca de su vida, el mundo o sobre sus propios problemas. Y puesto que pocas cosas se hacen más en terapia que hablar: la conducta verbal del terapeuta se concibe como el principal instrumento para poner en marcha una serie de procesos de aprendizaje que conducirán al cambio de la conducta del cliente (Follette y Bonow, 2009; Muñoz-Martínez et al., 2022; Tsai et al., 2019). Desde una perspectiva analítico-funcional y con el objetivo de entender cómo el terapeuta pone en marcha los procesos de aprendizaje responsables del cambio se observan momento a momento sesiones de terapia y se codifican mediante un sistema de categorización de la conducta verbal de terapeuta y cliente diseñado en el grupo (De Pascual-Verdú et al., 2019; Ruiz-Sancho, 2011). Las categorías de conducta verbal del terapeuta son descripciones funcionales que hacen referencia a los procedimientos que el terapeuta pone en marcha mediante sus verbalizaciones, por otro lado, las verbalizaciones del cliente, en tanto se concibe que tienen función de respuesta, son morfológicas y hacen referencia a los contenidos de cada verbalización que se deciden en función de los estudios concretos que se lleven a cabo (para una descripción del sistema de codificación diríjase a [https://osf.io/ewhzp/?view\\_only=ece923643a214b01b69b26531c915c1e](https://osf.io/ewhzp/?view_only=ece923643a214b01b69b26531c915c1e)).

El reforzamiento es uno de los procedimientos que el terapeuta lleva a cabo en sesión con el objetivo de modificar el comportamiento del cliente, por lo que su estudio ha de hacerse en su modalidad verbal. Para ello es necesario acuñar el término reforzador condicionado, pues las palabras que usamos para modificar el comportamiento de los demás adquieren parte de su significado y valor apetitivo mediante un proceso de condicionamiento clásico (Domjam, 2007; Flora, 2004; Lorah, et al., 2019; Mowrer, 1954). De esta manera es posible entender como dentro de una comunidad verbal determinada, en la que se comparte el mismo juego del lenguaje, algunas palabras eliciten respuestas más o menos agradables que otras. Muchos otros autores han nombrado a estos reforzadores como *reforzadores sociales* y han estudiado su efecto diferencial junto con reforzadores primarios (o incondicionados) como la comida (Sanz-Aparicio y Rosique-Sanz, 2014; Hall et al., 1968; García et al., 1974) encontrando que en muchas ocasiones la combinación de estos últimos con reforzadores sociales como la alabanza verbal han producido un aprendizaje mucho más rápido.

Si atendemos a aspectos morfológicos del elogio o aprobación verbal como reforzadores condicionados, estos pueden presentar diferente magnitud según el énfasis con el que se verbalicen y las palabras que componen esa verbalización. Como decíamos antes, en una determinada comunidad verbal es diferente decir “bien” a “maravilloso” o “excelente”. Por ello, desde nuestro grupo de investigación se introdujeron subcategorías en la categoría de reforzador positivo. Estas son “reforzador bajo” y “reforzador alto” y hacen referencia a diferencias morfológicas entre verbalizaciones que expresan más o menos énfasis según

su contenido. Para la categorización no solo se tiene en cuenta las palabras verbalizadas, sino el tono con el que se verbalizan y la línea base del terapeuta, lo que permite diferenciar los cambios de intensidad, volumen, tono y palabras de las diferentes verbalizaciones que se emiten en un mismo proceso terapéutico. La magnitud de verbalizaciones de aprobación o alabanza como reforzadores condicionados ha sido tenida en cuenta en otros estudios (Pardo-Cebrian et al., 2022a) y es una dimensión que suele tenerse en cuenta en procedimientos de evaluación de preferencias en análisis aplicado de la conducta (Axea et al., 2023), aunque sigue sin conocerse su importancia en la clínica con adultos (Vollmer y Hackenberg, 2001).

Las principales conclusiones que se han realizado desde nuestro grupo de investigación nos permiten afirmar que los terapeutas aplican reforzamiento en función del tipo de verbalizaciones del cliente, siendo más notable esta categoría ante verbalizaciones del cliente categorizadas como proterapéuticas (Ruiz-Sancho, 2011). Por otro lado, también se ha observado que el comportamiento verbal del psicólogo concuerda con un proceso de moldeamiento: el terapeuta va poco a poco preguntando al cliente, es decir, discriminando verbalizaciones y aplica reforzamiento ante la emisión de verbalizaciones proterapéuticas por parte del cliente (Froján-Parga y Calero-Elvira, 2011; Calero-Elvira, 2009; Pardo-Cebrián et al., 2022b). Con respecto a su distribución, las verbalizaciones con función de reforzador se concentran en las etapas intermedias del tratamiento, resultado que se ha explicado como un intento de dosificación de los reforzadores con el fin de evitar la saciedad (Moreno-Agostino et al., 2015). Con respecto a los modificadores, se observan diferentes niveles de aprobación a lo largo de todo el proceso terapéutico, concentrándose los reforzadores altos en etapas intermedias del tratamiento, lo cual coincide con el aumento de los objetivos proterapéuticas conseguidos (Ruiz-Sancho, 2011). Esto es esperable, ya que, si uno de los objetivos del terapeuta es fomentar la individualidad del cliente, tiene sentido que emita verbalizaciones de aprobación con más intensidad en fases intermedias y que, a medida que avance la terapia, vaya haciendo más intermitente estas verbalizaciones, pasando de un programa de reforzamiento continuo a uno parcial, lo cual favorecería el mantenimiento natural de las verbalizaciones terapéuticas de los clientes (Cooper et al., 2020).

El objetivo principal de este trabajo es investigar el uso de procedimientos de reforzamiento verbal en sesiones de terapia con adultos siguiendo una estrategia micro analítico secuencial. Teniendo en cuenta otros trabajos publicados y todo lo expuesto hipotetizábamos que:

1. Las verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *reforzador* positivo y sus modificadores se distribuirán de forma diferencial a lo largo de las sesiones de terapia, mostrando mayores niveles de aprobación en función de que se vayan cumpliendo los objetivos.
2. Las verbalizaciones proterapéuticas de los clientes irán seguidas con mayor probabilidad de verbalizaciones categorizadas como reforzador positivo y no irán seguidas de verbalizaciones del terapeuta categorizadas como estímulo punitivo. En concreto aquellas verbalizaciones que consideramos que no tienen tanto que ver con los objetivos terapéuticos o la realización de una tarea irán seguidas con mayor probabilidad del modificador *reforzador bajo*. Aquellas más relacionadas con la consecución de objetivos o la realización de tareas encomendadas por el terapeuta irán seguidas con mayor probabilidad del modificador *reforzador alto*.
3. A lo largo de las sesiones encontraremos la siguiente secuencia conductual: verbalización del terapeuta categorizada como *estímulo discriminativo* seguida de una conducta del cliente perteneciente al grupo de proterapéuticas y, por último, una verbalización del terapeuta categorizada como *reforzador positivo*.
4. Las verbalizaciones de los clientes que habían ido seguidas de verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *reforzador positivo* aumentarán su frecuencia a lo largo de la terapia.

## Método

### Participantes

Para llevar a cabo el estudio se analizaron las grabaciones de 60 sesiones clínicas completas procedentes de 16 casos que fueron tratados por seis terapeutas conductuales con diferentes niveles de experiencia clínica. Todas las sesiones son de terapia individual con población adulta y todos los terapeutas pertenecen a ITEMA, un gabinete psicológico privado de la Comunidad de Madrid. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado para ser grabados y este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Madrid.

### Instrumentos y Variables

Para el registro de las sesiones se utilizó el software *The Observer XT 12.5* (Noldus ©). Ese mismo programa se utilizó también para el cálculo del porcentaje de acuerdo y la estimación de la fiabilidad intra e inter-jueces de los registros. Los análisis descriptivos de los datos se llevaron a cabo con el software *SPSS Statistics* en su versión 25 (IBM ®) y el análisis secuencial fue llevado a cabo utilizando el software GSEQ 5.1, desarrollado por Bakeman y Quera (1995). El instrumento empleado para registrar el comportamiento verbal del terapeuta y el cliente fue el Sistema Acoveo (De Pascual-Verdú, et al, 2019; Froján-Parga y Calero-Elvira, 2011).

Respecto a las variables, la variable predictora fue la conducta verbal del terapeuta: categorías de estímulo discriminativo, reforzador positivo (con sus dos modificadores, alto y bajo) y estímulo punitivo. La variable criterio fue la conducta verbal del cliente: categorías de verbalizaciones proterapéuticas y antiterapéuticas. Las verbalizaciones proterapéuticas de los clientes fueron categorizadas a su vez en dos: aquellas más relacionadas con los objetivos terapéuticos, bien por implicar la realización de una tarea terapéutica bien por hacer referencia al logro o bienestar experimentado por el proceso terapéutico y otras más neutras atendiendo a su morfología, pues implicaban el acuerdo explícito de lo dicho por el terapeuta o proporcionar información. Las categorías se encuentran descritas en la [tabla 1](#).

**Tabla 1**  
Definición de las Categorías del Sistema Acoveo

<b>Sistema del terapeuta (S-Acoveo-T)</b>	Reforzador positivo	Verbalizaciones del terapeuta que incrementan la probabilidad de una respuesta operante con una contingencia positiva [Modificadores: alto y bajo]
	Estímulo punitivo	Verbalizaciones del terapeuta que disminuye la probabilidad de una respuesta operante con una contingencia positiva
	Estímulo discriminativo	Verbalizaciones del terapeuta que guarda una relación de contingencia entre el aumento o reducción de la respuesta del cliente y un determinado evento posterior
<b>Sistema del cliente (S-Acoveo-C)</b>	Verbalizaciones proterapéuticas	Relacionadas con los objetivos: Logro, Bienestar, Seguimiento de instrucciones. Neutras: Acuerdo, Proporcionar información.
	Verbalizaciones antiterapéuticas	Fracaso, Malestar, No seguimiento de instrucciones, Desacuerdo.

La fase de intervención a la que pertenecía cada sesión registrada se utilizó como variable de bloqueo. En trabajos previos del grupo (Ruiz-Sancho, 2011) se distribuyó la muestra completa en cinco fases que hacían referencia a las distintas etapas por las que evoluciona el proceso terapéutico desde la perspectiva conductual, dado que este estudio se realiza con una muestra similar, se mantendrá la asignación que se hizo en su momento (Evaluación, Explicación, Inicio del tratamiento, Desarrollo del tratamiento y Consolidación)

**Diseño y Procedimiento**

Este trabajo presenta un diseño observacional prospectivo con medidas repetidas.

La primera fase consistió en una selección aleatoria de las grabaciones de las sesiones pertenecientes a una base de datos del grupo de investigación. Todas las grabaciones se categorizaron previamente a la realización de este trabajo, se realizaron los análisis de concordancia inter-observador pertinentes mediante el coeficiente Kappa de Cohen (Cohen, 1960) alcanzándose valores Kappa superiores a 0.70. En trabajos anteriores del grupo (Estal-Muñoz et al., 2023; Pereira et al., 2019; Ruiz-Sancho, 2011) se estableció de antemano que esta fase iba a darse por finalizada cuando se alcanzase y se mantuviera durante más de tres comparaciones sucesivas un valor de Kappa superior a 0.70, lo cual puede considerarse un valor bueno (0.60 – 0.70) o excelente (> 0.70) (Bakeman, 2000; Landis y Koch, 1977). El cálculo de este índice se realizó con el programa *The Observer XT* considerando una ventana de tolerancia de dos segundos.

**Resultados**

En la tabla 2 se pueden observar los estadísticos descriptivos para cada una de las variables de conducta verbal del terapeuta en los cinco momentos de intervención terapéutica. Cada variable fue medida en porcentaje de ocurrencia de la categoría correspondiente sobre el total de categorías del terapeuta registradas durante la sesión. Debido al reducido tamaño de los grupos y a la existencia de valores extremos en la mayoría de las variables, se informa de diferentes estadísticos de tendencia central.

Con el objetivo de comprobar si las diferencias encontradas entre fases en los modificadores de la categoría de reforzador son estadísticamente significativas (*hipótesis 1*) y teniendo en cuenta por un lado que el tamaño de las muestras es pequeño y ninguna de nuestras variables de interés cumplía los supuestos de normalidad tras la correspondiente prueba de Kolmogorov-Smirnov, se aplicó la prueba no paramétrica *H* de Kruskal-Wallis, tomando como

variable de agrupación las diferentes fases de intervención (ver tabla 3, una distribución de los porcentajes medios de ocurrencia entre fase para estas categorías se presenta en la figura 1).

**Tabla 2**  
Estadísticos Descriptivos Para las Variables de Conducta Verbal del Terapeuta

		Estímulo discriminativo	Reforzador alto	Reforzador bajo	Estímulo punitivo
Evaluación (n=13)	<i>M</i>	67.53	3	7.60	2
	<i>Mdn</i>	67.86	2.67	7.59	1.41
	<i>Sx</i>	12.88	2.55	3.95	2.05
Explicación (n=15)	<i>M</i>	33	2.58	9.31	3.34
	<i>Mdn</i>	29.59	2.11	6.84	3.06
	<i>Sx</i>	11.54	2.15	6.39	2.48
Tratamiento I (n=12)	<i>M</i>	39.24	3.12	9.49	3.34
	<i>Mdn</i>	39.11	1.92	7.24	3.64
	<i>Sx</i>	12.66	2.81	5.86	2.54
Tratamiento II (n=10)	<i>M</i>	36.13	5.21	10.76	3.61
	<i>Mdn</i>	31.52	5.26	11.55	2.5
	<i>Sx</i>	16.07	3.02	6.90	3.38
Consolidación (n=10)	<i>M</i>	39.96	4.23	9.65	3.44
	<i>Mdn</i>	36.85	3.49	8.74	2.9
	<i>Sx</i>	10.26	2.63	4.41	2.91

**Tabla 3**  
Estadístico de Contraste y Nivel Crítico Para las Variables de Interés del Terapeuta Aplicando la Prueba *H* de Kruskal-Wallis

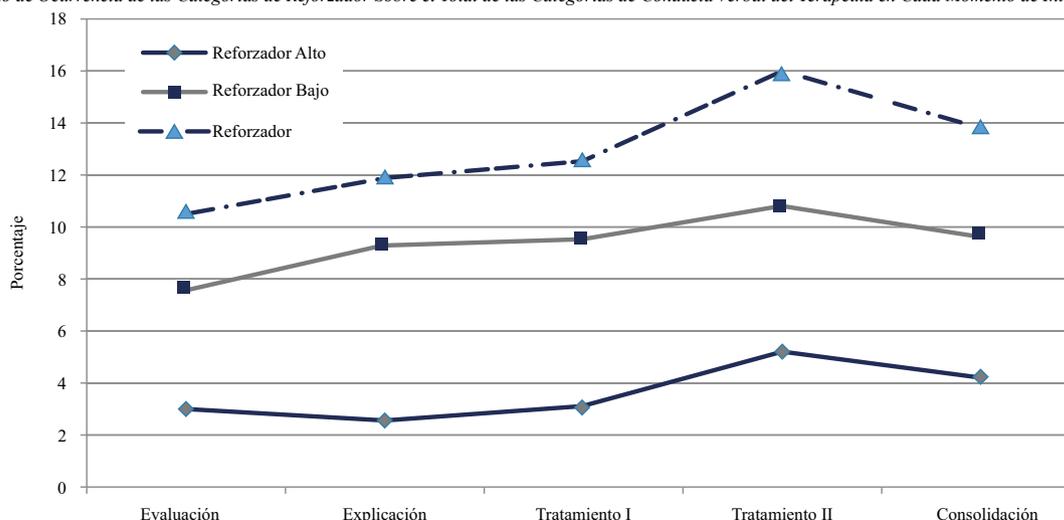
Conducta verbal del terapeuta	Prueba <i>H</i> de Kruskal-Wallis	
	$\chi^2$	<i>P</i>
Reforzador alto	6.72	.151
Reforzador bajo	2.03	.729

Tal y como se observa en la figura 1, los diferentes modificadores de la verbalización *reforzador* parecen aumentar su frecuencia de aparición a medida que avanzan las fases de la terapia. Sin embargo y atendiendo a los resultados obtenidos en la prueba *H* de Kruskal-Wallis no existen diferencias significativas entre las fases de intervención en los modificadores *reforzador alto* y *reforzador bajo*.

Para analizar las relaciones planteadas en las hipótesis 2 y 3 se llevaron a cabo análisis secuenciales según el enfoque *log-linear* (véase Bakeman et al., 1997; Bakeman y Gottman, 1989, 1997; Quera, 1993). Para estudiar la asociación entre pares concretos de categorías se calcularon los *residuos ajustados* (*z*) y la *Q de Yule*, que se calcula para cada tabla 2x2 e informa de la fuerza de una asociación de manera similar al coeficiente de correlación, tomando valores entre -1 y +1 (Bakeman y Quera, 1995).

**Figura 1**

Porcentaje Medio de Ocurrencia de las Categorías de Reforzador Sobre el Total de las Categorías de Conducta Verbal del Terapeuta en Cada Momento de Intervención



En la **tabla 4** se recogen los resultados obtenidos en los análisis de la significación estadística asociadas a las probabilidades de retardo +1 entre las conductas dadas del cliente categorizadas como *proterapéuticas*, *antiterapéuticas* y la categoría de *reforzador* en su conjunto y sus diferentes modificadores. Como puede observarse en la tabla, las *verbalizaciones proterapéuticas* de los clientes se asocian de forma significativa y positiva con la categoría de *reforzador* y sus dos modificadores. Las verbalizaciones proterapéuticas en relación con objetivos presentan una relación significativa con los dos modificadores de la función de reforzador, pero esta relación es mucho más alta con el modificador *reforzador alto*. Sucede lo contrario con las verbalizaciones proterapéuticas más neutras por su contenido que guardan una relación mucho más alta con el modificador *reforzador bajo*.

Por otro lado, las verbalizaciones antiterapéuticas presentan una relación significativa y negativa con la categoría *reforzador* y el modificador *reforzador bajo*. Para comprobar si esta relación era diferente en la fase de evaluación, se calcularon los análisis de significación estadística entre el mismo grupo de conductas, pero únicamente de aquellas sesiones que perteneciesen a la fase de evaluación. Tal y como reflejan los resultados  $r = -1.43$ ,  $Q = 0.20$ ,  $p > 0.05$ , las *verbalizaciones antiterapéuticas* en su conjunto no presentan una relación significativa con la categoría de *reforzador* ni con ninguno de sus modificadores.

Con el objetivo de dar respuesta a la tercera de nuestras hipótesis, utilizamos la opción de generar cadenas con nuestras categorías iniciales para poder estudiar secuencias de tres términos. Gracias a esta herramienta podemos crear una nueva variable que se define por la aparición de una secuencia de códigos que nosotros hayamos definido previamente. En concreto, analizamos la relación con un retardo +1 de las secuencias formadas por función discriminativa-verbalización proterapéuticas (neutra o en relación con objetivos) y la categoría de reforzador y sus modificadores. Estos resultados se presentan en la **tabla 5**.

Como puede comprobarse en la **tabla 5**, todas las cadenas generadas presentan relaciones significativas y positivas con todas las categorías de *reforzador*. Analizando cada una por separado, podemos observar como la cadena *Discriminativo/verbalización*

*proterapéuticas* presenta una relación significativa más alta con el modificador reforzador bajo. Cadenas formadas por *Discriminativo/verbalización neutra* presentan la relación significativa más alta con el modificador reforzador bajo. Por último, aquellas cadenas formadas por *Discriminativo/verbalización en relación con los objetivos* presentan la relación significativa más alta con el modificador *reforzador alto*, lo que indica que con una probabilidad mayor el terapeuta utilizará el modificar *reforzador alto* tras darse esta secuencia conductual.

**Tabla 4**

Relación Entre las Verbalizaciones Proterapéuticas de los Clientes y las Funciones de Reforzador

Conductas dadas/ condicionadas (retardo)	Reforzador	Reforzador alto	Reforzador bajo
Verbalizaciones proterapéuticas (+1)	$r = 35.11^{**}$ $Q = 0.85$	$r = 16.67^{**}$ $Q = 0.80$	$r = 29.17^{**}$ $Q = 0.82$
Verbalizaciones neutras		$r = 9.76^{**}$ $Q = 0.50$	$r = 24.18^{**}$ $Q = 0.69$
Verbalizaciones en relación con objetivos		$r = 14.26^{**}$ $Q = 0.71$	$r = 9.40^{**}$ $Q = 0.47$
Verbalizaciones Antiterapéuticas (+1)	$r = -2.69^{**}$ $Q = -0.23$	$r = -1.78$ $Q = -0.31$	$r = -2.20^{*}$ $Q = -0.21$

(Nota.  $r$  = residuos ajustados;  $Q$  =  $Q$  de Yule; \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ ). Las celdas sombreadas indican las relaciones significativas positivas más altas para cada categoría del cliente tomando en consideración la  $Q$  de Yule).

**Tabla 5**

Secuencias Conductuales de Tres Términos

Conductas dadas/ condicionadas (retardo)	Reforzador	Reforzador Alto	Reforzador Bajo
Discriminativo-Verbalización proterapéuticas (+1)	$r = 17.10^{**}$ $Q = 0.45$	$r = 7.11^{**}$ $Q = 0.38$	$r = 14.80^{**}$ $Q = 0.47$
Discriminativo- V.P Neutra	$r = 14.08^{**}$ $Q = 0.41$	$r = 4^{**}$ $Q = 0.24$	$r = 13.04^{**}$ $Q = 0.42$
Discriminativo- V.P en relación con objetivos	$r = 6.02^{**}$ $Q = 0.48$	$r = 6.26^{**}$ $Q = 0.63$	$r = 2.93^{**}$ $Q = 0.32$

(Nota.  $r$  = residuos ajustados;  $Q$  =  $Q$  de Yule; \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ ). Las celdas sombreadas indican las relaciones significativas positivas más altas para cada categoría del cliente tomando en consideración la  $Q$  de Yule).

Para dar respuesta a la cuarta hipótesis seleccionamos aquellas variables de la conducta verbal del cliente que, atendiendo a los resultados anteriormente presentados, hubieran ido sistemáticamente seguidas de la categoría *reforzador* y sus modificadores. Estas eran prácticamente todas las *verbalizaciones proterapéuticas* de los clientes. Prácticamente ninguna de estas variables cumplía los supuestos de normalidad tras realizar la prueba de Kolmogórov-Smirnov, por lo que se usaron distintas pruebas no paramétricas para analizar si las diferencias de estas variables eran significativas entre las fases de la intervención.

Los resultados obtenidos en la prueba *H* de Kruskal-Wallis (tabla 6) muestran que existen diferencias significativas entre las fases en todas las variables estudiadas. Teniendo en cuenta estos resultados, se realizaron las comparaciones *post hoc* entre cada par de fases en las variables en las que se encontraron diferencias significativas. Para realizar estas comparaciones se empleó la prueba *U* de Mann-Whitney acompañada de la corrección de Bonferroni para controlar la probabilidad de cometer errores de tipo I. Este procedimiento consiste en utilizar el nivel de significación igual a 0.05 dividido por el número de comparaciones que se desean realizar, lo que en este caso nos lleva a tomar en cuenta un nivel de significación de 0.005 (tabla 7).

**Tabla 6**  
Estadístico de Contraste y Nivel Crítico Para las Variables de Interés del Cliente Aplicando la Prueba *H* de Kruskal-Wallis (\*  $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ )

	Prueba de Kruskal-Wallis	
	$X^2_{df}$	<i>P</i>
Verbalizaciones neutras	17.54	0.002**
Verbalizaciones en relación con objetivos	23.17	0.000**

**Tabla 7**  
Estadístico de Contraste y Nivel Crítico Para Cada Variable del Cliente Aplicando la Prueba *U* de Mann-Whitney

Comparaciones entre grupos	Verbalizaciones neutras	Verbalizaciones objetivos
EV-EXP <sup>b</sup>	Z = -2,25	Z = -2,25
EV-TTI <sup>b</sup>	Z = -3.34*	Z = -2.85*
EV-TTII <sup>b</sup>	Z = -3.35*	Z = -3.65*
EV- CON <sup>b</sup>	Z = -3.1*	Z = -3.53*
EXP-TT I <sup>b</sup>	Z = -1.17	Z = -1.99
EXP-TT II <sup>b</sup>	Z = -1.17	Z = -2.75*
EXP- CON <sup>b</sup>	Z = -0.52	Z = -2.1
TTO I- TTO II <sup>b</sup>	Z = -0.37	Z = -0.52
TTO I-CON <sup>b</sup>	Z = -0.07	Z = -0.07
TTO II- CON <sup>b</sup>	Z = -0.3	Z = -0.11

Nota. EV= fase de evaluación; EXP= fase de explicación; TTO I= fase de tratamiento I; TTO II= fase de tratamiento II; CON = fase de consolidación.

<sup>b</sup> En estos casos, puesto que el tamaño muestral de ambos grupos es  $\leq 30$ , se consideró la significación bilateral exacta en lugar de la significación bilateral asintótica.

\* Significativo tomando en consideración  $\alpha = 0.005$ .

Al contrastar las fases por pares, tal y como se muestra en la tabla 7, encontramos que las *verbalizaciones en relación con los objetivos* es la variable que más diferencias significativas entre fases presenta. Por su lado, las *verbalizaciones neutras* presentan diferencias significativas entre las fases de *evaluación y tratamiento*

*I, evaluación y tratamiento II, y evaluación y consolidación.* Al igual que las verbalizaciones neutras, las verbalizaciones en relación con objetivos presentan diferencias significativas entre las fases ya mencionadas y, además, entre la fase de *explicación y tratamiento II*. La tabla 8 nos informa de la dirección que toman estas diferencias significativas.

Tal y como se refleja en la Tabla 8, observamos que el cliente tiende a emitir *verbalizaciones neutras* de forma significativamente más alta en la fase de evaluación si comparamos esta con las fases de *tratamiento I, tratamiento II y consolidación*. Por otro lado, puede observarse que el cliente emite más *verbalizaciones en relación con objetivos* en las fases de *tratamiento I, tratamiento II y consolidación* en comparación con la fase de *evaluación, y en tratamiento II* en comparación con la fase de *explicación*.

**Tabla 8**  
Fase con Mayor Aparición de Cada una de las Variables que Presentan Diferencias Significativas en las Comparaciones Realizadas Entre dos Muestras Independientes

	Evaluación- Tratamiento I	Evaluación- Tratamiento II	Evaluación- Consolidación	Explicación- Tratamiento II
Verbalizaciones neutras	+EV	+EV	+EV	
Verbalizaciones objetivos	+TTI	+TTII	+CON	+TTII

Nota. EV= fase de evaluación; EXP= fase de explicación; TTO I= fase de tratamiento I; TTO II= fase de tratamiento II; CON = fase de consolidación.

## Discusión

El objetivo principal de este estudio era la investigación de procedimientos de reforzamiento en terapia ambulatoria con adultos. Defendíamos la utilidad de ampliar el conocimiento sobre este tipo de procedimientos pues hacen referencia a lo que se ha postulado como el principio de conducta más importante, responsable de gran parte del cambio clínico en la mayoría de las terapias (Haworth et al., 2015; Cooper et al., 2020; Lorah et al., 2019). Y dado que la terapia es eminentemente hablada, nos centrábamos en el estudio del reforzamiento verbal, es decir, en cómo el terapeuta pone en marcha estos procedimientos a través del lenguaje.

Teniendo en cuenta estudios anteriores del grupo y las condiciones en las que se ha postulado que el reforzamiento es más eficaz, establecimos diferentes predicciones sobre cómo el terapeuta pondría en marcha dicho procedimiento. Los resultados obtenidos permiten profundizar en el conocimiento sobre el fenómeno clínico que resulta ser el reforzamiento verbal en terapia. A continuación, se presenta la discusión de todos los resultados en relación con lo esperado en esta investigación.

La primera de nuestras hipótesis postulaba que verbalizaciones categorizadas como *reforzador* se distribuirían diferencialmente en función de la fase de la terapia. A la luz de lo obtenido en los resultados únicamente podemos mantener parcialmente nuestra hipótesis, puesto que ninguno de los modificadores de reforzador parece distribuirse de forma diferencial a lo largo de las fases de la terapia. Esto quiere decir que el terapeuta emite verbalizaciones categorizadas como *reforzador, alto y bajo*, de forma bastante similar durante toda la intervención, no variando el nivel de aprobación en función de la fase en la que esté. Estos resultados

pueden explicarse atendiendo a la escasa frecuencia de aparición de la categoría *reforzador* con respecto a las otras conductas verbales del terapeuta, ya que de forma descriptiva pueden observarse variaciones, pero estas diferencias no son suficientes para considerarse significativas. De igual modo, no puede olvidarse que investigar el proceso clínico implica que lo encontrado en las situaciones naturales no sea lo esperado de forma teórica ni lo que se ha postulado como más efectivo (Echeburúa et al., 2010; Kazdin, 2018; Gálvez-Lara et al., 2019).

Otras investigaciones del grupo (Moreno-Agostino et al., 2015) explicaron que las verbalizaciones de *reforzador* se concentrarían en etapas intermedias de tratamiento debido a un intento de dosificación de los reforzadores con el fin de evitar la saciedad. Es posible que, a pesar de estos intentos, los terapeutas no consiguiesen distribuir los niveles de aprobación más altos de la mejor forma y saciasen desde etapas tempranas a los clientes usando los mayores niveles de aprobación ante conductas con bajo coste, como *proporcionar información*. De igual manera, quizás nuestro sistema de categorías no sea del todo sensible al cambio de morfología en las palabras que se utilizan como reforzadores, es decir, es posible que los terapeutas utilicen los mismos niveles de aprobación durante toda la terapia, pero hagan uso de palabras o expresiones muy diferentes para indicar al cliente su éxito. Por su lado, no solo es importante de qué forma se distribuyen estos niveles de aprobación, más o menos altos, sino ante qué conductas emite el terapeuta los niveles de aprobación más altos, algo que solo puede responderse mediante el análisis secuencial.

La relación entre la conducta verbal del terapeuta y cliente era el objetivo que abordar por las siguientes hipótesis del estudio. Planteábamos que las verbalizaciones proterapéuticas de los clientes irían seguidas de verbalizaciones del terapeuta categorizadas como *reforzador* y las antiterapéuticas no irían seguidas de esta categoría. Tal y como muestran los resultados, si bien todas las conductas proterapéuticas de los clientes guardaban relación con la categoría de *reforzador*, existían relaciones más altas con cada uno de los modificadores en función del tipo verbalización proterapéutica que se emitiese (neutras o en relación con los objetivos). Parece, pues, que el terapeuta distribuye de forma diferencial niveles de aprobación altos o bajos en función del tipo de verbalizaciones que emite el cliente y utiliza, en mayor medida, los niveles más altos de aprobación para aquellas verbalizaciones que reporten conductas que tienen más que ver con los objetivos terapéuticos.

Todos los terapeutas de nuestro estudio eran conductuales y guiaban su intervención en una evaluación funcional (Horner, 1994). Debido a esto podemos suponer que ponían en marcha procedimientos de reforzamiento ante aquellas conductas del cliente que considerasen que contribuirían al cambio. Además, el hecho de que se haya demostrado que utilizan en mayor medida unos niveles de aprobación u otros en función del tipo de verbalización del cliente, nos hace pensar que intencionadamente dan mayores muestras de aprobación ante verbalizaciones que, además de tener más que ver con los objetivos terapéuticos, reportan conductas que suelen tener un mayor coste: en tanto tienen que ver con su *bienestar*, el *seguimiento de pautas* y el *logro* de su puesta en marcha en determinadas situaciones.

Si se postula que el reforzamiento es el responsable del aumento de muchas conductas, es comprensible que el terapeuta lo aplique ante aquellas verbalizaciones que supondrían un avance en la terapia, categorizadas en este estudio como verbalizaciones

proterapéuticas. El segundo paso esencial para que el cambio se produjese en la dirección deseada sería no aumentar otro tipo de verbalizaciones que no contribuyesen a la consecución de las metas planteadas por el cliente. Esto supondría no aplicar reforzamiento ante verbalizaciones del cliente que fuesen consideradas antiterapéuticas. Nuestros resultados apoyan parcialmente lo planteado en la hipótesis y las verbalizaciones antiterapéuticas en su conjunto mantienen relaciones negativas con la función de reforzador. Estos resultados nos permiten afirmar que los terapeutas no suelen emitir muestras de aprobación ante verbalizaciones que alejan a los clientes de los objetivos terapéuticos.

Sin embargo, normalmente, en un proceso de terapia conductual los objetivos terapéuticos se explicitan y discuten en la sesión de explicación de la evaluación funcional, siendo las sesiones de evaluación aquellas en las que el terapeuta intenta recopilar toda la información necesaria de cada caso y construir lo que se conoce como “alianza terapéutica”, que no es más que el contexto que facilita y/o permite que el terapeuta ponga en marcha ciertos procedimientos de forma eficaz (Follette et al., 1996; Kohlenberg y Tsai, 1995; De Pascual-Verdú et al., 2019). En este sentido, en esas primeras sesiones los clientes emitirán verbalizaciones antiterapéuticas, ya que hablarán del malestar que experimentan en determinadas situaciones o del fracaso en la consecución de determinados objetivos. En tanto que el terapeuta necesita esa información, al tiempo que quiere crear un contexto cómodo para que el cliente se sienta bien, es esperable que dé muestras de aprobación ante determinadas verbalizaciones. No siendo esta una aprobación indiscriminada e incondicional ante cualquier conducta del cliente, tal y como otras terapias han sugerido (Rogers, 1957), sino muestras de aprobación y comprensión que tienen el objetivo de hacer que el cliente siga hablando, dando el máximo de información relevante posible.

Este planteamiento es apoyado por los datos: en la fase de evaluación las verbalizaciones antiterapéuticas en su conjunto no mantienen una relación significativa con la categoría de reforzador. Todas ellas mantienen una relación negativa, aunque no significativa, con la categoría de *reforzador* total y el modificador *reforzador alto*. Sin embargo y de acuerdo con lo esperado, la relación entre estas y el *reforzador bajo* no es negativa. Así es que el terapeuta, en la fase de evaluación, parece dar muestras de aprobación, de baja intensidad, ante determinadas verbalizaciones antiterapéuticas de los clientes, tal y como hemos planteado y explicado anteriormente.

Hasta ahora las relaciones estudiadas han sido secuencias de dos términos en las que se analizaba la relación entre la conducta verbal del cliente y la verbalización que emitía el terapeuta después. Sin embargo, la terapia se concibe como un proceso de moldeamiento (Follette et al., 1996; Hamilton, 1988; Rosenfarb, 1992), por lo que se entiende que el terapeuta no esperará a que el cliente emita determinadas verbalizaciones para emitir aprobación ante estas, sino que buscará activamente que este las emita o que este proporcione información con respecto a las pautas realizadas, su nivel de satisfacción general o cualquier verbalización que pueda ser relevante para conseguir el cambio. Los resultados son acordes con lo planteado en nuestra tercera hipótesis: el terapeuta discrimina, el cliente emite verbalizaciones proterapéuticas y el terapeuta da muestras de aprobación. Es decir, el terapeuta dirige el discurso del cliente y responde con las contingencias esperadas ante las verbalizaciones proterapéuticas.

La última de nuestras hipótesis planteaba que aquellas verbalizaciones del cliente que hubieran ido seguidas sistemáticamente de la categoría de *reforzador* aumentarían su frecuencia a medida que avanzase la intervención. Los resultados apoyan parcialmente nuestra hipótesis. Aquellas verbalizaciones (neutras) que habían ido seguidas en mayor medida del modificador *reforzador bajo* no parecen aumentar su frecuencia a lo largo de la intervención, sino que aparecen más en las fases de evaluación y explicación. Esto tiene sentido dado que es en esas primeras sesiones en las que el terapeuta realiza más preguntas para recopilar información, por lo que podemos suponer que discrimina verbalizaciones del cliente en las que este proporciona información y emite el modificador de *reforzador bajo* para conseguir que el cliente siga emitiendo este tipo de verbalizaciones en esta fase de la intervención. Además, es en las sesiones de evaluación y explicación donde el terapeuta comienza a explicar el proceso terapéutico y la problemática del cliente, por lo que es más probable que verbalizaciones de mostrar acuerdo se den en este punto de la terapia.

Por otro lado, atendiendo a las verbalizaciones que habían ido seguida de los niveles de aprobación más altos (*verbalizaciones en relación con objetivos*) puede comprobarse que aumentan su frecuencia a medida que avanza la intervención. Estos últimos datos sugieren la posibilidad de que algunas de las verbalizaciones del cliente muestran mayor progreso a lo largo de la terapia influidas por la aplicación del modificador más alto de reforzador. A pesar de que estos resultados han sido encontrados también por otros grupos de investigación (Busch et al., 2009; Callaghan et al., 2003; Karpiak y Benjamin, 2004), deben tenerse en cuenta con cautela, ya que es imposible comprobar el efecto de las funciones hipotetizadas en una investigación de esta naturaleza pues no es posible aislar el efecto de las verbalizaciones del terapeuta de otras que tienen diferente “función” y de otras muchas variables que podrían estar interviniendo en este cambio.

Son varias las limitaciones de este estudio y muchas de ellas ya han sido comentadas en la discusión de los resultados. Una de la más relevantes es la naturaleza grupal del estudio y la falta de una medida de éxito de las intervenciones. No era parte de los objetivos del estudio relacionar los procedimientos de reforzamiento verbal con el éxito de las intervenciones psicológicas, a pesar de ello, el cambio terapéutico en la conducta del cliente puede atribuirse con mayor confianza a lo realizado durante la intervención en diseños de un solo sujeto (Hayes et al., 1987; Zettle, 2020). Por otro lado, la explicación del uso de procedimientos de reforzamiento resulta incompleta si no se tienen en cuenta otros procedimientos que el terapeuta puede poner en marcha durante las sesiones de terapia, aspecto que podría ser abordado en otros estudios. Además, no tenemos garantías suficientes para generalizar lo observado ni sabemos si otros psicólogos o terapeutas de diferente corte aplicarían de igual manera el reforzamiento verbal, por lo que es necesario prestar atención a la validez externa del fenómeno y de la investigación. Por último, el estudio de los procedimientos de reforzamiento verbal debe incluir otras características además de su magnitud y quizás verbalizaciones diferentes a “aprobación”, aspecto que contribuiría a entender cómo este puede producirse en entornos no controlados en los que la conducta verbal del terapeuta se hipotetiza como el principal instrumento de cambio.

Pese a todas las limitaciones, todos los hallazgos de esta investigación contribuyen a aumentar el conocimiento sobre el fenómeno clínico. El reforzamiento es un procedimiento con la suficiente relevancia clínica para ser el centro de cualquier estudio. Si los terapeutas se conciben como “máquinas de reforzamiento social” (Krasner, 1962), su conducta puede no ser únicamente responsable del aumento de conductas proterapéuticas, sino también de conductas problemáticas que alejen a los clientes de cumplir sus objetivos. Entender cómo se aplican procedimientos de reforzamiento verbal nos permite estar más cerca de arrojar conocimiento acerca de cómo puede usarse de forma más eficaz y eficiente, objetivo perseguido por la mayor parte de la investigación en psicoterapia.

### Contribución de Cada Autor

**Natalia Andrés Lopez:** planificación del estudio, recategorización de la muestra, toma de decisiones, análisis de datos y redacción del artículo.

**Victor Estal Muñoz:** recategorización de la muestra, análisis de datos, toma de decisiones y revisión del artículo en toda su extensión.

**María Fernández Shaw:** recategorización de la muestra, revisión del artículo en toda su extensión.

**Gladis L. Pereira:** recategorización de la muestra, revisión del artículo en toda su extensión.

### Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no hay ni ha habido conflicto de intereses en la realización del presente trabajo.

### Agradecimientos

Agradecimientos al Instituto terapéutico de Madrid (ITEMA) por su contribución a la muestra.

### Financiación

Este trabajo ha sido llevado a cabo gracias a las Ayudas para el Fomento de la Investigación en Estudios de Máster-UAM 2020 y 2021 concedidas por la Universidad Autónoma de Madrid en el caso de María Fernández Shaw; y gracias a las Ayudas para la Formación de Profesorado Universitario 2019 (FPU19/01892) concedidas por el Ministerio de Universidades en el caso de Natalia Andrés López.

### Referencias

- Axea, J.B., Tullisb, C.A., Davisa, C.R., y Lia, M.H. (2023). Preference assessment and reinforcer evaluation. En J.K. Luiselli (Ed.), *Applied behavior analysis. Advanced guidebook: A manual for professional practice* (pp. 3-32). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-99594-8.00001-5>
- Bakeman, R. (2000). Behavioural observation and coding. En H.T. Reis, y C.M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 138-159). Cambridge University Press.
- Bakeman, R., y Gottman, J.M. (1989). *Observación de la interacción: introducción al análisis secuencial*. Ediciones Morata. (Trabajo original publicado en 1986).

- Bakeman, R., y Gottman, J.M. (1997). *Observing interaction: An introduction to sequential analysis* (2<sup>nd</sup> Ed.). Cambridge University Press.
- Bakeman, R., y Quera, V. (1995). *Analyzing interaction: Sequential analysis with SDIS & GSEQ*. Cambridge University Press.
- Bakeman, R., McArthur, D., Quera, V., y Robinson, B.F. (1997). Detecting sequential patterns and determining their reliability with fallible observers. *Psychological Methods*, 2(4), 357.
- Busch, A.M., Kanter, J.W., Callaghan, G.M., Baruch, D.E., Weeks, C.E., y Berlin, K.S. (2009). A micro- process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy*, 40(3), 280- 290. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.07.003>
- Calero-Elvira, A. (2009). *Análisis de la interacción entre terapeuta y cliente durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid.
- Callaghan, G.M., Summers, C.J., y Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical effectiveness using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 321- 339. <https://doi.org/10.1023/B:JOCP.00000004502.55597.81>
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37-46.
- Cooper, J.O., Heron, T.E., y Heward, W.L. (2020). *Applied behavior analysis* (3rd Ed.). Pearson.
- De Pascual-Verdú, R., Trujillo-Sánchez, C., Gálvez-Delgado, E., Andrés-López, N., Castaño-Hurtado, R., y Froxán-Parga, M.X. (2019). Sistema ACOVEO: una propuesta funcional para el análisis de la interacción verbal en terapia. *Conductual*, 7, 2, 69-82.
- Domjam, M. (2007). *Principios de aprendizaje y conducta*. Editorial Paraninfo.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 247-256.
- Estal-Muñoz, V., Andrés-López, N., Pereira, G.L., y Froxán-Parga, M.X. (2023). Análisis del rol de las operaciones motivadoras en la interacción verbal terapéutica. *Anales de Psicología* 39(2), 167-175. <https://doi.org/10.6018/analesps.528891>
- Flora, S.R. (2004). *The power of reinforcement*. SUNY Press.
- Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L., y López-Bermúdez, M.Á. (2007). Novedades y aportaciones desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 19(3), 452-458.
- Ferster, C.B. (1972a). Clinical reinforcement. *Seminars in Psychiatry*, 4(2), 101-111.
- Ferster, C.B. (1972b). An experimental analysis of clinical phenomena. *The Psychological Record*, 22, 1-16.
- Follette, W.C., y Bonow, J.T. (2009). The challenge of understanding process in clinical behavior analysis: The case of Functional Analytic Psychotherapy. *The Behavior Analyst*, 32(1), 135-148. <https://doi.org/10.1007/BF03392179>
- Follette, W.C., Naugle, A.E., y Callaghan, G.M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27(4), 623-641. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(96\)80047-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80047-5)
- Froxán-Parga, M.X. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana: Concepto, metodología y aplicaciones*. Ediciones Pirámide.
- Froján-Parga, M.X., y Calero-Elvira, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Psicología Conductual*, 19(3), 659-682.
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Velasco, J., y Moriana, J.A. (2019). El conocimiento y el uso en la práctica clínica de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. *Clínica y Salud*, 30(3), 115-122. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2019a12>
- García, C.H., Almaguer, V., Sánchez, R.M., Martínez, M.G., Lambretón, G.R., y Lambretón, S. (1974). Efectos diferenciales de la alabanza verbal, retroalimentación de los resultados sobre el mantenimiento de la tasa de respuesta aritmética. *Revista Interamericana de Psicología*, 8(1-2), 41-52.
- Hall, R.V., Lund, D., y Jackson, D. (1968). Effects of teacher attention on study behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1(1), 1-12.
- Hamilton, S.A. (1988). Behavioral formulations of verbal behavior in therapy. *Clinical Psychology Review*, 8, 181-193.
- Haworth, K., Kanter, J.W., Tsai, M., Kuczynski, A.M., Rae, J.R., y Kohlenberg, R.J. (2015). Reinforcement matters: A preliminary, laboratory-based component-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's model of social connection. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 281-291. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.08.003>
- Hayes, S.C., Nelson, R.O., y Jarrett, R.B. (1987). The treatment utility of assessment: A functional approach to evaluating assessment quality. *American Psychologist*, 42(11), 963-974. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.42.11.963>
- Hayes, S.C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N.S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). Guilford.
- Horner, R.H. (1994). Functional assessment: Contributions and future directions. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 401-404. <https://doi.org/10.1901/jaba.1994.27-401>
- Kazdin, A.E. (2018). Developing treatments for antisocial behavior among children: Controlled trials and uncontrolled tribulations. *Perspectives on Psychological Science*, 13(5), 634-650. <https://doi.org/10.1177/17456916187678>
- Karpiak, C.P., y Benjamin, L.S. (2004). Therapist affirmation and the process and outcome of psychotherapy: two sequential analytic studies. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 659-676. <https://doi.org/10.1002/jclp.10248>
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., y Dougher, M.J. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 16, 271-282.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1995). Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to intensive treatment. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change*, (pp. 637-658). American Psychological Association.
- Krasner, L. (1962). The therapist as a social reinforcement machine. En *Research in psychotherapy* (pp. 61-94). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10591-004>
- Landis, J.R., y Koch, G.G. (1977). An application of hierarchical kappa-type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. *Biometrics*, 363-374.
- Lorah, E.R., Tincani, M., y Parnell, A. (2019). Verbal behavior intervention in autism spectrum disorders. En S.G. Little y A. Akin-Little (Eds.), *Applying psychology in the schools book series. Behavioral interventions in schools: Evidence-based positive strategies* (pp. 263-284). American Psychological Association.
- Muñoz-Martínez, A.M., Stanton, C.E., Ta, J.D., Molaie, A.M., y Follette, W.C. (2022). Linking process to outcome in Functional Analytic Psychotherapy: Evaluating the behavioral mechanism of change of a process-based therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 102-111. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.04.001>
- Mowrer, O. (1954). The psychologist looks at language. *American Psychologist*, 9(11), 660-694. <https://doi.org/10.1037/h0062737>

- Moreno-Agostino, D., Galván-Domínguez, N., y Álvarez-Iglesias, A. (2015). La relación entre las verbalizaciones adaptativas del cliente y el comportamiento verbal del terapeuta en el contexto clínico. *Clinica y Salud*, 26(3), 131-139. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2015.07.001>
- Northup, J., Vollmer, T.R., y Serrett, K. (1993). Publications trends in 25 years of the Journal of Applied Behavior Analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26(4), 527-537. <https://doi.org/10.1901/jaba.1993.26-527>
- Pardo-Cebrian, R., Virues-Ortega, J., Calero-Elvira, A., y Guerrero-Escagedo, M.C. (2022b). Toward an experimental analysis of verbal shaping in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 32(4), 497-510. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1955418>
- Pardo-Cebrián, R., Calero-Elvira, A., y Guerrero-Escagedo, M. C. (2022a). Verbal behavior analysis of expert and inexperienced therapists applying the Socratic method. *The Spanish Journal of Psychology*, 25, e19. <https://doi.org/10.1017/SJP.2022.14>
- Pellón, R., Miguéns, M., Orgaz, C., Ortega, N., y Pérez, V. (2014). *Psicología del aprendizaje*. UNED.
- Pereira, G.L., Ricote-Hernández, A., de Pascual-Verdú, R., y Froxán-Parga, M.X. (2019). Los procesos de condicionamiento clásico en la interacción verbal terapéutica. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 45(1), 90-110. <https://doi.org/10.5514/rmac.v45.i1.70870>
- Quera, V. (1993). Análisis secuencial. En M.T. Anguera-Argilaga (Coord.), *Metodología observacional en la investigación psicológica* (pp. 343-583). Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rosenfarb, I.S. (1992). A behaviour analytic interpretation of the therapeutic relationship. *Psychological Record*, 42, 341-354. <https://doi.org/10.1007/BF03399606>
- Ruiz-Sancho, E.M. (2011). *Una aproximación funcional al estudio de la interacción verbal en terapia* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid.
- Sanz-Aparicio, T., y Rosique-Sanz, M.T. (2014). Usos del reforzador social en la atención temprana del niño con Síndrome de Down. *Apuntes de Psicología*, 32(2), 147-152. <https://doi.org/10.55414/mk9wzw41>
- Skinner, B.F. (1938). *The behavior of organisms*. Appleton Century Crofts.
- Skinner, B.F. (1953). Some contributions of an experimental analysis of behavior to psychology as a whole. *American Psychologist*, 8(2), 69-78. <https://doi.org/10.1037/h0054118>
- Strosahl, K.D., Hayes, S.C., Wilson, K.G., y Gilford, E.V. (2005). An ACT premier: Core therapy processes, intervention strategies and therapist competencies. En S.C. Hayes & K.D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 31-58). Springer Science y Business Media, Inc.
- Thorndike, E.L. (1911). *Animal intelligence*. Macmillan
- Truax, C.B. (1966). Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 1-9.
- Tsai, M., Yoo, D., Hardebeck, E.J., Loudon, M.P., y Kohlenberg, R.J. (2019). Creating safe, evocative, attuned, and mutually vulnerable therapeutic beginnings: Strategies from Functional Analytic Psychotherapy. *Psychotherapy*, 56(1), 55-61. <https://doi.org/10.1037/pst0000203>
- Vollmer, T.R., y Hackenberg, T.D. (2001). Reinforcement contingencies and social reinforcement: Some reciprocal relations between basic and applied research. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34(2), 241-253. <https://doi.org/10.1901/jaba.2001.34-241>
- Zettle, R.D. (2020). Treatment manuals, single-subject designs, and evidence-based practice: A clinical behavior analytic perspective. *The Psychological Record*, 70(4), 649-658. <https://doi.org/10.1007/s40732-020-00394-2>