

Análisis de las funciones del psicólogo clínico con enfoque cognitivo-conductual: una aproximación de procesos

Analysis of the Functions of the Clinical Psychologist with a Cognitive-Behavioral Approach: An Examination of Processes

Omar Chávez-Victorino*, **Nelly Flores-Pineda****, **Diana González-Gómez****,
Miranda Escamilla-Jaso**, **Andrea González-Aleu Treviño****

*Editorial Manual Moderno, **Universidad Autónoma de Baja California

Recibido 22 Marzo, 2022; Aceptado 29 de Julio, 2024

RESUMEN

La investigación de procesos tiene como propósito explicar por qué funcionan las técnicas psicológicas. Se han desarrollado diversos sistemas de categorización para este fin, poniendo énfases en las verbalizaciones del psicólogo. Las funciones psicológicas, propuestas desde la perspectiva interconductual, permiten analizar el comportamiento molar en el ámbito clínico. El presente estudio tuvo como objetivo describir cómo se presentan las funciones psicológicas de los psicólogos en el momento de *Intervención* del proceso psicológico. Se llevó a cabo una investigación de procesos, bajo un diseño metodológico de N = 1 con réplica; participaron cuatro psicoterapeutas con formación en la Terapia Cognitivo Conductual. Se analizaron audio y/o video de las sesiones de los participantes que se presentaron en un rango de mes y medio, para identificar las funciones por medio del Sistema de Categorización de las Funciones Durante el Episodio Interactivo Psicoterapeuta-Paciente (SCF-EI PT-P). Se identificó la frecuencia y porcentaje de uso de cada una de las funciones por cada psicoterapeuta, permitiendo vislumbrar una ausencia general de la función *Entrenar*, necesaria para alcanzar los objetivos terapéuticos al enseñarle a los consultantes habilidades necesarias para sus casos. Se observó una preferencia general por las funciones de *Regular*, *Explorar* e *Instigar*, y adicionalmente se notó que la función de Instruir se emitía de manera ambigua. Los datos se discuten con base en la importancia de las funciones psicológicas y su relación con la efectividad del servicio psicológico.

Palabras clave: funciones del psicólogo, psicología clínica, investigación de procesos, habilidades lingüísticas, habilidades instrumentales.

ABSTRACT

Process research has the purpose of seeing over the phenomenons that in therapy explain the better effectiveness of psychological treatments. Among the phenomenons analyzed are the verbal behaviors issued by the psychotherapists, which, according to previous studies, affect the success of a therapeutic process whose objective is to generate psychological changes in the patient. The aim of this study was to describe how the functions in the behavior of the psychotherapists are presented during the moment of Intervention of the sessions of a psychological treatment. During this study a processes research was carried out under a methodological design of N=1 with replica, four psychotherapists participated with training in Cognitive Behavioral Therapy. Audio and/or videos of the sessions of the participants who appeared during a range of a month and a half was analyzed to identify the functions through the Categorization System of Functions During the Interactive Episode of Psychotherapist-Patient, otherwise known as the Sistema de Categorización de las Funciones Durante el Episodio Interactivo Psicoterapeuta-Paciente (SCF-EI-P) in Spanish. The frequency and percentage of the usage of each of the functions by each psychotherapist was identified, thus allowing a glimpse to a general absence of the Training function, necessary to fulfill the therapeutical objectives by teaching patients the abilities needed for their own cases. A preference for the functions

of Regulate, Explore, and Instigate, was observed, additionally, it was observed that the function of Instruct was issued in an ambiguous manner, without specifications of what the psychotherapist was expecting of their patient, which resulted in an absence of adherence by not fulfilling their tasks adequately.

Keywords: functions of the psychologist, clinical psychology, process research, linguistic abilities, instrumental abilities.

INTRODUCCIÓN

La aparición del COVID 19 generó que todos los países del mundo desde hace algunos años se ha promovido que en el ámbito de la psicología clínica solo se implementen aquellas intervenciones que tienen evidencia a favor (Castro, 2003; Lambert, et al., 1994; Lynch, 2012; Wampol e Imel, 2015). En psicología se le ha llamado Psicología Basada en la Evidencia (PBE) y fue derivada de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) (Landa, Martínez y Sánchez, 2013). Uno de sus logros está en hacer explícito qué tipos de recursos son recomendables para consultar a la hora de hacer una búsqueda bibliográfica y decisiones respecto de un caso en el contexto clínico.

La investigación denominada “de resultados” es la que ha permitido construir la práctica psicológica basada en la evidencia, ya que se centra en identificar cuál es el mejor tratamiento enfocándose en si tuvo los resultados esperados (Froján, 2011; Froján-Parga et al., 2018; Martínez-Taboas, 2014). La división 12 de la American Psychological Association (Society of Clinical Psychology, 2021) y el National Institute of Health and Care Excellence (NICE, 2021) son organismos que se han dado a la tarea de exponer cuáles técnicas o paquetes de intervención tienen evidencia científica y qué fortalezas presentan.

Por otra parte, la investigación de procesos identifica los fenómenos que se presentan durante la terapia y explican por qué una intervención psicológica es eficaz (Pascual-Verdú et al., 2019). Entre los fenómenos que se han estudiado en la investigación de procesos esta el comportamiento del psicoterapeuta, específicamente su conducta verbal, ya que las interacciones lingüísticas son uno de los fenómenos responsables de moldear y modificar la conducta de interés durante la intervención en el consultorio, el cual es el único espacio en que se interactúa directamente con el usuario. Aunque, durante mucho tiempo el énfasis se había dirigido a las investigaciones de resultados, gracias al reciente reconocimiento de la división 12 de la APA se comenzó a reconocer necesidad de desarrollar conjuntamente la investigación de procesos con la de resultados (Froján-Parga et al., 2018).

Para acercarse a las interacciones verbales en el consultorio por medio de investigaciones de proceso se han desarrollado diversos sistemas de categorización de conducta verbal del psicoterapeuta, incluyendo al Sistema de Análisis de la Conducta Verbal en Contextos Clínicos con Metodología Observacional (ACOVEO) (Pascual-Verdú et al., 2019). Por medio de esta metodología se ha hecho investigación enfocada en diversas variables que pueden explicar lo que sucede en el proceso terapéutico. Por ejemplo, se ha identi-

cado que las instrucciones juegan un papel importante ya que así se establecen tareas fuera de sesión; las instrucciones se vuelven menos precisas a lo largo del proceso terapéutico ya que el comportamiento se va regulando más por las contingencias naturales (Marchena, Froján y Calero, 2020). También se ha identificado qué hacen los terapeutas cuando aplican la técnica de reestructuración cognitiva (Calero-Elvira et al., 2011) y el debate socrático (Pardo-Cebrian, et al. 2020).

Por otra parte, se han propuesto alternativas para explicar por qué funcionan técnicas como la reestructuración cognitiva, defusión cognitiva y el mindfulness desde una aproximación conductista, identificando los procedimientos que lleva a cabo el terapeuta en las sesiones (González-Terrazas y Froján-Parga, 2021). También se ha estudiado cómo es que se da el diálogo entre terapeuta y usuario a lo largo del proceso terapéutico (Froján-Parga y Ruiz-Sancho, 2013). Por último, se ha identificado la relación entre verbalizaciones aversivas de los terapeutas y el cambio terapéutico del consultante en las sesiones (Galván, Alonso y Froján, 2020).

Las investigaciones desde el sistema ACOVEO han permitido ampliar el conocimiento del proceso que ocurre en el contexto clínico. Sin embargo, estos hallazgos se generan desde una perspectiva conductista skinneriana, la cual adopta un paradigma mecanicista, en el que los fenómenos se centran en una lógica de acción-reacción o causa-efecto; también posee una perspectiva reduccionista manteniendo el interés en medir variables de estímulos y consecuencias, dejando de lado cambios de carácter cualitativo, y otros comportamientos relacionados con patrones reactivos/activos sensoriales y motrices, es decir, con lo que el terapeuta hace y cómo lo hace (Ribes, 1990; Ribes, 2018; Rodríguez, 2006).

Rodríguez (2023) y Díaz et al. (1989), desarrollaron un sistema de categorización denominado *Análisis Contingencial*, el cual se fundamenta en una teoría de campo (Carpio, 1995; Kantor, 1978; Ribes, 2018; Ribes y López, 1985). Esta metodología funciona como sistema de análisis y de intervención (Rodríguez, 2023; Rodríguez y Salinas, 2011); permite investigar qué comportamientos específicos despliega el terapeuta en el contexto clínico, así como sus efectos en el comportamiento del usuario, desde una lógica de la investigación de procesos. Se han establecido 7 funciones genéricas que puede presentar un psicoterapeuta a lo largo de un proceso psicológico y que tendrán efectos diferenciales en el comportamiento del consultante. El concepto de función es entendido como el papel del comportamiento del psicoterapeuta sobre el comportamiento del usuario (Chávez et al., 2020; Rodríguez, 2006).

Estas funciones son:

1. *Auspiciar*. Crear condiciones necesarias para que se dé una interacción entre ciertas personas.
2. *Informar*. Cuando se proporciona información acerca de las circunstancias, factores, y efectos relacionados con el problema de salud del paciente.
3. *Regular*. Establecer momentos que se necesitan implicar en ciertas formas de comportamiento.
4. *Instigar*. Persuadir a que el paciente se comporte de una manera deseada.
5. *Entrenar*. Ejercitar las conductas que se quiere que el paciente presente.
6. *Instruir*. Cuando el psicoterapeuta explica el tipo de comportamiento que requiere por parte de su paciente.
7. *Participar*. Cuando el psicoterapeuta forma parte de la interacción con su paciente.

Silva et al (2014), proponen otras funciones en el ámbito académico que parecen ser pertinentes adherir en la presente investigación:

8. *Explorar*. Observar el nivel en el que el dominio de los criterios establecidos se encuentra el paciente.
9. *Ejemplificar*. Se le demuestra al paciente un comportamiento específico. La función de Ejemplificar, funcionalmente se considera como parte de entrenar, pero es importante para el presente estudio identificar la frecuencia con que los psicoterapeutas hacen uso de la función Entrenar por medio de la función Ejemplificar.

Cabe mencionar que las funciones del psicoterapeuta varían y se presentan en diferentes momentos del proceso terapéutico de acuerdo con el comportamiento que el psicoterapeuta requiera desarrollar en el usuario. Además, en la intervención psicológica, cuando un psicoterapeuta lleva a cabo una técnica psicológica se requiere presentar distintas funciones como Informar, Regular, Entrenar e Instigar, por lo que se esperaría que se presentaran diversas funciones para que esa técnica produzca un cambio en el comportamiento del consultante. No sólo es elegir la técnica con evidencia empírica, sino llevar a cabo el comportamiento necesario para que la técnica tenga el efecto esperado (Froxán 2011). Estas funciones permiten al terapeuta desarrollar en el usuario nuevas formas de comportamiento para poder ajustarse de una manera más funcional a los diversos ámbitos de su vida diaria, con base en los criterios que en estos se establecen.

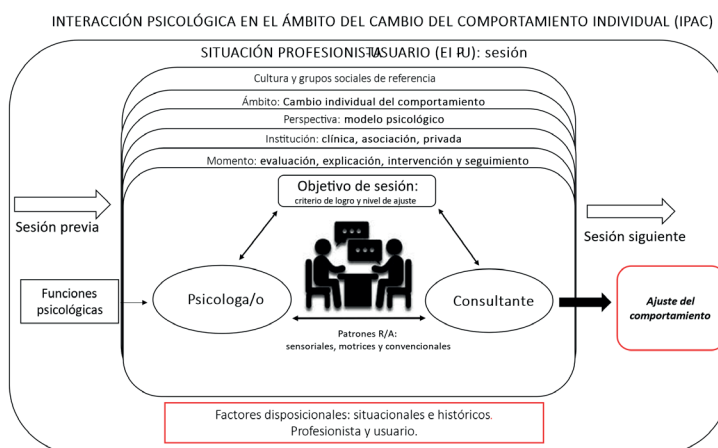
Los momentos terapéuticos se podrían interpretar como las fases por las cuales va pasando un proceso psicológico, que abarcan desde que el usuario llega al consultorio, hasta que el psicoterapeuta da el alta al caso (Chávez, et. al., 2020; Ruíz-Sancho, et. al, 2013). Hay 4 momentos terapéuticos (ver figura 1):

1. *Evaluación*. Es el primer momento del proceso terapéutico, y son aquellas sesiones en las que el psicoterapeuta, por medio de patrones reactivos/activos sensoriales, motrices y convencionales, y de diversos instrumentos, examina la problemática que trae al usuario a consulta y las

variables que en cada caso originan, mantienen y regulan el comportamiento disfuncional.

2. *Explicación*. Durante estas sesiones el psicoterapeuta expone su propuesta de intervención y explica los elementos que están regulando la problemática que lo trajo a consulta.
3. *Intervención*. Sesiones que se caracterizan por centrarse en el entrenamiento y/o aplicación de diferentes estrategias y técnicas de parte del psicoterapeuta para desarrollar nuevo comportamiento en el usuario y lo pueda replicar fuera de sesión. Igualmente, a lo largo de estas sesiones, se hace una evaluación de los cambios, dificultades y/o progresos con respecto a la intervención recibida.
4. *Mantenimiento*. Son las sesiones finales a una intervención, aquí el rol "funcional" del psicoterapeuta se reduce y el objetivo principal es la transferencia de las habilidades desarrolladas en sesión a otros ámbitos sociales del usuario, así como el mantimimiento de estas.

Figura 1. Interacción Psicológica en el Ámbito Clínico (IPAC)



Nota. Imagen adaptada del modelo IPAS (Interacción Psicológica en el Ámbito de la Salud) elaborado por Chávez et al. (2020). En el modelo IPAC se identifica la forma en que se ordenan los diversos elementos del campo psicológico en el ámbito de la psicología clínica. Los aspectos relacionados con la relación terapéutica, intentos previos de terapias y otros se consideran dentro de los factores dispocionales. El énfasis en este modelo es cómo el comportamiento del terapeuta tiene una relación directa con el desarrollo de nuevas formas de comportamiento en el usuario que le permite ajustarse de una manera más funcional a los criterios presentes en diversos ámbitos de su vida.

El IPAC nos permite analizar el segmento interactivo de interés en el ámbito de la psicología clínica, que es la sesión psicológica. En esta, terapeuta y usuario tienen patrones reactivos/activos de comportamiento (sensoriales, motrices y lingüísticos) relacionados con el objetivo de la sesión y con el momento del proceso psicológico en el que se encuentren (Carpio, 2014a, Carpio, 2014b; Ribes, 2018). Esta interacción, a su vez, se encuentra regulada por los criterios de la

teoría psicológica del profesionalista, por el ámbito clínico en el que se encuentran y por las características de los grupos sociales y culturales a los que pertenecen. Dentro de estos patrones R/A se ubican las funciones del psicólogo, que buscan generar efectos en el comportamiento del usuario para que su comportamiento se ajuste a los objetivos terapéuticos, y que este comportamiento se pueda generalizar a los siguientes segmentos interactivos en el consultorio y a otros ambientes fuera del consultorio (Rodríguez y Salinas, 2010).

Las funciones propuestas en el análisis contingencial ya se han utilizado en una investigación de procesos. Un estudio realizado por Chávez et al. (2020), tuvo como objetivo explorar las funciones que presentaba el equipo de salud biomédico al brindar sus servicios a pacientes de una comunidad indígena en la montaña mixteca de Guerrero. En esa investigación se trabajó con las funciones propuestas por Rodríguez (2023), y Rodríguez y Salinas (2011), con el objetivo de medir su frecuencia durante el momento de intervención. Se desarrolló un sistema de categorización denominado Sistema de Categorización de los Componentes Verbales Durante el Episodio Interactivo Equipo Médico-Paciente (SCCV-EI EM-P). Se encontró que las funciones que más se utilizaron fueron las de informar, con una baja frecuencia de instruir, entrenar, ejemplificar e ilustrar. Esto fue homogéneo entre médicos y enfermeras, hablantes de castellano o de mixteco. Lo anterior significa que los profesionistas de la salud le dicen al paciente lo que tiene o las definiciones de ciertos conceptos, sin asegurarse de que han entendido o sin ejemplificar cómo es que deben seguir su tratamiento; tampoco se da espacio en el consultorio para la enseñanza del cumplimiento del tratamiento, lo cual es indispensable en atención en salud en las que hay diferencias culturales entre los profesionistas y los usuarios.

Es necesario identificar cómo se presentan estas funciones en el contexto clínico, ya que permitirá obtener información de lo que se hace en el consultorio y cómo se relaciona con el éxito de los servicios psicológicos. También podrá seguir aportando a los avances hechos mediante otros sistemas y desde otras perspectivas afines. En la presente investigación se utilizó un sistema de categorización basado en el SCCV-EI EM-P (Chávez, 2020) y el Análisis Contingencial de Rodríguez (2023), el cual fue denominado como: Sistema de Categorización de las Funciones durante el Episodio Interactivo Psicoterapeuta-Paciente (SCF-EI PT-P) en el contexto de la psicología clínica desde una perspectiva de proceso. El objetivo fue identificar las funciones psicológicas por parte de los terapeutas durante el proceso clínico en su momento de intervención y su relación con los años de experiencia, el motivo de consulta del usuario, el objetivo de cada sesión y el ajuste conductual a las tareas entre sesiones, o lo que se ha llamado en otros ámbitos como adherencia. Se entiende el término de adherencia como el grado en el que el comportamiento del usuario se ajusta a las indicaciones del psicoterapeuta con base en los criterios de la psicología clínica y en un problema específico (Di Matteo y DiNicola, 1983; Krebs et al., 2012).

MÉTODO

El estudio fue descriptivo con enfoque mixto, diseño no experimental y longitudinal, mediante un diseño de caso N=1 con réplica.

Participantes

La investigación contó con una muestra no probabilística por conveniencia. Participaron cuatro psicoterapeutas, dos pertenecían a una institución psicológica clínica con enfoque cognitivo-conductual y 2 fueron psicoterapeutas independientes que trabajan bajo el mismo enfoque. Para ser incluidos en la investigación, los terapeutas debían presentar la modalidad de teleterapia y podían tener un nivel educativo de licenciatura, maestría o doctorado. Se incluyeron en el estudio las sesiones clínicas que tuvieron los psicoterapeutas con usuarios que, a su vez, también aceptaron participar en el estudio.

Instrumentos de medición

Se utilizó el *Sistema de Categorización de las Funciones durante el Episodio Interactivo Psicoterapeuta-Paciente* (SCF-EI PT-P), desarrollado *ad hoc* para esta investigación. Permite identificar las ocasiones en que los terapeutas emiten alguna de las funciones psicológicas.

Adicionalmente, se elaboraron, *ad hoc* para este estudio, encuestas iniciales para recopilación de datos de los usuarios y psicoterapeutas y encuesta final para los psicoterapeutas en las que se les preguntó sobre su valoración respecto de los cambios y desempeño observados en el usuario.

También se desarrolló un Carnet de Adherencia (*ad hoc* para este estudio). Este permitió identificar el cumplimiento con las citas psicológicas, o el aviso previo de la inasistencia; el cumplimiento con los acuerdos, tareas y ejercicios tanto dentro como fuera de la terapia. La no adherencia fue tomada como la falta de cumplimiento de citas de consulta y el no aviso de asistencia, al igual que no cumplir con acuerdos, tareas y ejercicios de la terapia. Finalmente, el abandono de la psicoterapia también fue considerado una falta de adherencia. El carnet consistió en preguntas con escala estilo Likert con una posible puntuación de 0 - 3. Se sumaron los puntos para cada pregunta. De esta manera, las puntuaciones más altas reflejaron una mayor adherencia, mientras que las más bajas reflejaron una menor adherencia, teniendo como puntuación máxima 9.

Los aparatos que se utilizaron para esta investigación fueron las computadoras y celulares personales de los psicoterapeutas, en los cuales grabaron los audios y videos de las sesiones de teleterapia. También se utilizaron las computadoras personales de las investigadoras, modelos HP Pavilion y MacBook Air, para escuchar las audiograbaciones o visualizar las videograbaciones de las sesiones terapéuticas, las cuales fueron almacenadas en la nube y fueron eliminadas después de tres meses. Finalmente, todos los audios y videograbaciones a las cuales se tuvo acceso fueron analizadas para ser incluidas en la investigación.

PROCEDIMIENTO

En la Tabla 1 se puede ver la cantidad de codificaciones que se hicieron por psicoterapeuta y paciente, lo cual resultó en un total de 16 sesiones codificadas.

Tabla 1. Muestra Codificada de la Población Total de Psicoterapeutas, Usuarios y Grabaciones.

	Población	Muestra codificada
Terapeutas	4	4
Usuarios	6	6
Sesiones grabadas	16	16

Procedimientos de codificación

Las codificadoras estudiaron el SCCV-EI EM-P, sistema de categorización utilizado por Chávez (2020), y otra literatura relevante, como la guía del SISC-INTER-CVT y el Sistema ACOVEO. Después, se entrenaron en el SCF-EI PT-P.

Posteriormente evaluaron de manera simultánea con un experto el sistema de categorización y de las funciones las 16 sesiones obtenidas para el estudio.

RESULTADOS

Se describen primero los resultados de cada psicoterapeuta y usuario de manera individual, posteriormente se presentan las comparaciones descriptivas entre terapeutas.

En la Tabla 2 se puede encontrar la información de los psicoterapeutas participantes. La muestra total tuvo una edad media de 32,75 años (DE = 4, 19), y se puede identificar que el 75% fueron mujeres. Igualmente, se puede observar que el 75% de las participantes tuvo un grado académico de maestría, con solo un psicoterapeuta teniendo doctorado. Los años de experiencia dando terapia (AET) que tuvieron los participantes variaron con un mínimo de cuatro años y un máximo de 11 años. Mientras que el 100% de los participantes fueron psicoterapeutas, el 50% de ellos también eran docentes, y el 25% era investigador.

Tabla 2. Datos de los Psicoterapeutas (Tx) Participantes

Tx	Afiliación	Edad	Género	Escolaridad	Ocupación	AET
C	Institución	27	Mujer	Maestría	Terapeuta de adultos	4
D	Institución	33	Mujer	Maestría	Psicoterapeuta	5
F	Independiente	37	Mujer	Maestría	Profesora y psicoterapeuta	10
G	Independiente	34	Hombre	Doctorado	Docente, investigador y psicoterapeuta	11

Nota. De aquí en adelante se encontrarán los códigos de cada psicoterapeuta para hacer referencia a su caso particular. Los códigos no van en continuidad alfabética dado que los psicoterapeutas A, B y E no cumplieron con lo requerido para participar en la investigación. AET = Años de Experiencia dando Terapia.

En la Tabla 3 se puede encontrar información de las usuarias participantes en la investigación. La muestra de pacientes tuvo un rango de edad de 22 a 36 años, con una edad media de 29,17 años (DE = 5, 49). Todas eran mujeres mexicanas, el 83% de ellas contó con escolaridad universitaria y

el 67% ya había asistido a terapia con anterioridad (TCA). Finalmente, se puede observar el tiempo en terapia (TET) que llevaban las usuarias con sus actuales psicoterapeutas al momento que se realizó la investigación, el mínimo siendo 2 meses y el máximo 18 meses.

Tabla 3. Datos de las Usuarias (Px) Participantes

Px	Edad	Género	Escolaridad	Ocupación	TCA	TET
C1	31	Mujer	Maestría	Administración en empresas	Sí	6 meses
C2	32	Mujer	Maestría	Maestra de inglés	No	4 meses
D1	36	Mujer	Maestría	Químico analista	Sí	5 meses
F1	22	Mujer	Licenciatura	Estudiante, ayudante de profesor	No	3 meses
F2	23	Mujer	Preparatoria	Estudiante y manicurista	Sí	2 meses
G1	31	Mujer	Subespecialidad	Médico	Sí	18 meses

Nota. El código de cada usuaria hace referencia a su psicoterapeuta correspondiente. TCA = Terapia con Anterioridad, se les preguntó si ya habían asistido a terapia anteriormente o si esta era su primera vez en un proceso terapéutico. TET = Tiempo en Terapia (con sus psicoterapeutas participantes en la investigación). *Terapeuta C y Usuaris C1 y C2*

En la Tabla 4 se puede observar la frecuencia de emisión de cada una de las funciones por la psicoterapeuta C en las tres sesiones analizadas con sus usuarias C1 y C2. También se mencionan las emisiones de cada función en las tres sesiones analizadas y el porcentaje de uso de estas en las sesiones terapéuticas.

Tabla 4. Frecuencia de Emisiones de las Funciones de la Psicoterapeuta C

Función	Emisiones Totales	Media	DE	Porcentaje de uso
Auspiciar	2	0,67	1,16	1%
Informar	13	4,33	2,08	8%
Regular	40	13,33	1,16	25%
Instigar	48	16	8,66	30%
Entrenar	1	0,33	0,58	1%
Instruir	14	4,67	3,22	9%
Participar	0	0	0	0%
Explorar	36	12	5,57	23%
Ejemplificar	6	2	2,65	4%

Nota. La media hace referencia al uso promedio de cada función por sesión. DE = desviación estándar.

Se puede observar que la psicoterapeuta C utilizó principalmente las funciones de *Instigar* y *Regular*, seguido de *Explorar*. A pesar de que algunas funciones como *Ejemplificar* y *Entrenar* tienen una incidencia menor, estas funciones se presentan durante un tiempo más largo. Pueden durar hasta varios minutos, comparado con otras funciones que tienen una incidencia más corta, que serían los segundos que

tardan en emitir una frase, además, se notó que, mientras que la función de *Entrenar* persistía, se pudieron identificar otras funciones.

En la Tabla 5 se muestran los porcentajes de uso de cada función dentro de la sesión dependiendo del objetivo de esta y la adherencia consecuente que tuvieron sus usuarios a partir de las funciones utilizadas.

Tabla 5. Objetivos de Sesión, Porcentaje de Funciones Emitidas en la Sesión por la Psicoterapeuta C y Adherencia Resultante (AR) de las Usuaris

Objetivo de sesión	Funciones									AR
	AU	INF	REG	INS	ENT	IN	PAR	EXP	EJ	
Reactivación conductual al programar actividades e identificar distorsiones cognitivas	0%	4%	25%	38%	2%	13%	0%	11%	9%	5
Identificar distorsiones cognitivas	3%	10%	24%	36%	0%	2%	0%	22%	2%	-
Identificar y modificar pensamientos distorsionados, identificar nuevos resultados conductuales y emocionales	0%	11%	26%	13%	0%	13%	0%	37%	0%	-

Nota. AU = Auspiciar. INF = Informar. REG = Regular. INS = Instigar. ENT = Entrenar. IN = Instruir. PAR = Participar. EXP = Explorar. EJ = Ejemplificar. El guión medio (-) se debe a que no se cuenta con un Carnet de Adherencia que indique la adherencia resultante (AR) posterior a la sesión que tuvo el objetivo presentado en la tabla.

Con esta tabla se puede observar que los objetivos de sesiones de la psicoterapeuta C podían inclinarse hacia aspectos cognitivos (como identificación de distorsiones cognitivas y hacer una modificación de pensamientos distorsionados) o conductuales (como lo fue la reactivación conductual). En cuanto a los aspectos cognitivos, se ve una ausencia de *Entrenamiento* y muy poca *Ejemplificación*, contrario a lo que se puede observar en el objetivo conductual. Por otro lado se aprecia un alto nivel de *Explorar* e

Informar en los objetivos cognitivos y un nivel menor en el conductual.

TERAPEUTA D Y USUARIA D1

En la Tabla 6 se puede ver la frecuencia de emisión de cada una de las funciones del psicoterapeuta D en las seis sesiones analizadas. Se expresa también la media de emisiones de cada función por las seis sesiones analizadas y su porcentaje de uso.

Tabla 6. Frecuencia de Emisiones de las Funciones del Psicoterapeuta D

Funciones	Emisiones Totales	Media	DE	Porcentaje de uso
Auspiciar	3	0,50	0,55	1%
Informar	22	3,67	3,08	10%
Regular	71	11,83	5,31	32%
Instigar	37	6,17	2,32	17%
Entrenar	5	0,83	0,98	2%
Instruir	7	1,17	0,75	3%
Participar	0	0	0	0%
Explorar	72	12,00	5,44	32%
Ejemplificar	7	1,17	1,17	3%

Nota. La media hace referencia al uso promedio de cada función por sesión. DE = desviación estándar.

Algo particular de la psicoterapeuta D es que las funciones de *Entrenar* y *Regular* tenían una duración muy larga, pudiendo durar hasta la mitad de la sesión; incluso dentro de los *Entrenamientos* fue posible identificar la presencia de otras funciones. Es fácil notar la clara preferencia de la psicoterapeuta D por las funciones *Regular* y *Explo-*

rar, con menor ocurrencia de *Instigar* e *Informar*. Hay una incidencia baja en cuanto a las funciones de *Ejemplificar*, *Instruir*, *Entrenar* y *Auspiciar*.

En la Tabla 7 se muestran los porcentajes de uso de cada función dependiendo del objetivo de la sesión y la adherencia consecuente que tuvo D1 a partir de las funciones utilizadas.

Tabla 7. Objetivos de Sesión, Porcentaje de Funciones Emitidas en la Sesión por la Psicoterapeuta D y Adherencia Resultante (AR) de la Usuaria

Objetivo de sesión	Funciones									AR
	AU	INF	REG	INS	ENT	IN	PAR	EXP	EJ	
Estrategias para autorregulación emocional	2%	19%	35%	19%	0%	0%	0%	19%	6%	8
Análisis funcional	1%	6%	30%	19%	4%	4%	0%	33%	4%	7
Identificar pensamientos automáticos generadores de ansiedad	0%	9%	34%	19%	6%	3%	0%	28%	0%	8
Expresión de emociones y autoobservación	0%	0%	31%	11%	0%	3%	0%	54%	0%	9
Autorregulación emocional	4%	18%	29%	11%	0%	7%	0%	29%	4%	6

Nota. AU = Auspiciar. INF = Informar. REG = Regular. INS = Instigar. ENT = Entrenar. IN = Instruir. PAR = Participar. EXP = Explorar. EJ = Ejemplificar. El guión (-) se debe a que no se cuenta con un Carnet de Adherencia que indique la adherencia resultante (AR) posterior a la sesión que tuvo el objetivo presentado en la tabla.

Se puede notar que las funciones de *Explorar* y *Regular* tienen un alto porcentaje de uso, independientemente del objetivo de sesión. Por otro lado, la función de *Entrenar* fue utilizada únicamente al realizar análisis funcionales y cuando se buscó identificar pensamientos automáticos. La función de *Informar* no fue utilizada en la sesión que tuvo como objetivo la expresión de las emociones. Por último, se nota que la función de *Ejemplificar*, aunque por lo general tiene una incidencia baja, no fue utilizada cuando se buscó identificar pensamientos automáticos y expresar emociones.

Terapeuta F y Pacientes F1 y F2

En la Tabla 8 se puede ver la frecuencia de emisión de cada una de las funciones por la psicoterapeuta F en las cinco sesiones analizadas de ella (con usuarios F1 y F2), se expresa también la media de emisiones de cada función por sesión (promediando las cinco sesiones analizadas) y el porcentaje de uso de las funciones en una sesión terapéutica.

Tabla 8. Frecuencia de Emisiones de las Funciones del Psicoterapeuta F

Funciones	Emisiones Totales	Media	DE	Porcentaje de uso
Auspiciar	1	0,20	0,45	1%
Informar	3	0,60	0,55	4%
Regular	45	9,00	4,74	63%
Instigar	11	2,20	1,64	15%
Entrenar	0	0	0	0%
Instruir	7	1,40	1,52	10%
Participar	0	0	0	0%
Explorar	5	1,00	0,71	7%
Ejemplificar	0	0	0	0%

Nota. La media hace referencia al uso promedio de cada función por sesión. DE = desviación estándar.

Se puede notar una clara preferencia por la función de *Regular*, haciendo uso omiso de 3 funciones diferentes (*Entrenar*, *Participar* y *Ejemplificar*), un uso moderado de *Instigar* e *Instruir* y un uso reducido de *Auspiciar*, *Explorar* e *Informar*.

En la Tabla 9 se muestran los porcentajes de uso de cada función (por la psicoterapeuta F) dependiendo del objetivo de la sesión y la adherencia consecuente que tuvieron sus pacientes a partir de las funciones utilizadas.

Tabla 9. Objetivos de Sesión, Porcentaje de Funciones Emitidas en la Sesión por el Psicoterapeuta F y Adherencia Resultante (AR) de las Usuaris

Objetivo de Sesión	Funciones									AR
	AU	INF	REG	INS	ENT	IN	PAR	EXP	EJ	
Generar alternativas para comunicación asertiva y análisis de pensamientos negativos	7%	7%	43%	29%	0%	7%	0%	7%	0%	5
Solución de problemas, ensayo de diálogo asertivo y análisis de pensamientos negativos	0%	0%	78%	11%	0%	0%	0%	11%	0%	5
Solución de problemas y análisis de pensamientos negativos	0%	4%	57%	17%	0%	13%	0%	9%	0%	5
Solución de problemas y establecer alternativas	0%	4%	73%	8%	0%	12%	0%	4%	0%	5

Nota. AU = Auspiciar. INF = Informar. REG = Regular. INS = Instigar. ENT = Entrenar. IN = Instruir. PAR = Participar. EXP = Explorar. EJ = Ejemplificar. AR = Adherencia resultante posterior a la sesión que tuvo el objetivo presentado en la tabla.

Se puede notar el alto uso de Regular en todas las sesiones, sin importar el objetivo de esta. *Auspiciar* se presentó en una sola sesión, al buscar generar alternativas para la comunicación asertiva. Parece ser que la función de Informar se encontró ausente en la sesión en la que se buscó una solución de problemas; algo que llama la atención de esta sesión es que a pesar de que se tuvo como objetivo el ensayo de diálogo asertivo y el análisis de pensamientos negativos, se ve una ausencia de *Entrenar, Instruir y Ejemplificar*.

Terapeuta G y Paciente G1

En la Tabla 10 se puede ver la frecuencia de emisión de cada una de las funciones por el psicoterapeuta G en las dos sesiones analizadas de él, se expresa también la media de emisiones de cada función de las sesiones analizadas y el porcentaje de uso de las funciones en una sesión terapéutica.

Tabla 10. Frecuencia de Emisiones de las Funciones del Psicoterapeuta G

Funciones	Emisiones Totales	Media	DE	Porcentaje de uso
Auspiciar	0	0	0	0%
Informar	5	2,50	0,71	9%
Regular	19	9,50	3,54	35%
Instigar	11	5,50	2,12	20%
Entrenar	2	1,00	1,41	4%
Instruir	4	2,00	2,83	7%
Participar	0	0	0	0%
Explorar	13	6,50	0,71	24%
Ejemplificar	1	0,50	0,71	2%

Nota. La media hace referencia al uso promedio de cada función por sesión. DE = desviación estándar.

Algunas funciones emitidas por el psicoterapeuta G tuvieron una duración más larga que otras, como fue el caso con la función de *Regular*. Se puede observar un uso más balanceado de las funciones por el psicoterapeuta G, pues aunque *Regula* la conducta de G1, también la *Instiga, Explora* sus conocimientos y habilidades, al igual que la *Informa*. Aunque *Entrenar y Ejemplificar* tienen un porcentaje de uso pequeño, esto se debe a que el porcentaje se midió por la cantidad de emisiones de cada función, más no por el tiempo que se pasó

haciendo cada una. Las funciones de *Entrenar y Ejemplificar* tendían a ser de duración más larga que las otras funciones. Algo notorio de este psicoterapeuta es que sus instrucciones (*Instruir*) fueron precisas y claras.

En la Tabla 16 se muestran los porcentajes de uso de cada función (por el psicoterapeuta G) dependiendo del objetivo de la sesión y la adherencia consecuente que tuvo G1 a partir de las funciones utilizadas.

Tabla 16. Objetivos de Sesión, Porcentaje de Funciones Emitidas en la Sesión por la Psicoterapeuta G y Adherencia Resultante (AR) de las Pacientes

Objetivo de Sesión	Funciones									AR
	AU	INF	REG	INS	ENT	IN	PAR	EXP	EJ	
Concientizar conducta desadaptativa y practicar alternativas	0%	8%	27%	15%	8%	15%	0%	23%	4%	8
Retroalimentar positivamente conducta, psicoeducar sobre estrategias de evitación, diferenciar conductas y pensamientos	0%	10%	41%	24%	0%	0%	0%	24%	0%	-

Nota. AU = Auspiciar. INF = Informar. REG = Regular. INS = Instigar. ENT = Entrenar. IN = Instruir. PAR = Participar. EXP = Explorar. EJ = Ejemplificar. El guión (-) se debe a que no se cuenta con un Carnet de Adherencia que indique la adherencia resultante (AR) posterior a la sesión que tuvo el objetivo presentado en la tabla.

Se puede notar que las funciones de *Entrenar* y *Ejemplificar* fueron utilizadas en la sesión en la que se buscó practicar alternativas conductuales a la conducta desadaptativa de G1, contrario a la otra sesión en la cual se buscó retroalimentar positivamente, psicoeducar y diferenciar entre conductas y pensamientos, las cuales son actividades más convencionales que motrices. Se nota un uso más variado de las funciones en la primera que en la segunda sesión, en la cual el psicoterapeuta G se enfocó principalmente en *Regular* la conducta de la usuaria, *Explorar* su conducta e *Instruir* para dejar tareas claras. Con base en los resultados previamente descritos, durante el momento de Intervención analizado, se identificó un uso principal de la función *Regular* por los psicoterapeutas D, G y F. Por otra parte, la psicoterapeuta C pareció hacer un mayor uso de la función *Instigar*.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue identificar las funciones que se presentan en el momento de intervención durante el proceso psicológico en cuatro psicoterapeutas con enfoque cognitivo-conductual. Esto se debió a la naturaleza de las intervenciones y el tipo de técnicas que se emplean desde esta perspectiva, lo cual hace indispensable desplegar las funciones planteadas.

Se observó que las funciones son distintas con base en los psicoterapeutas, sin embargo en aspectos generales, los resultados parecen indicar que la función de regular es la función predominante durante el momento de intervención. Se hipotetiza que se observó una preferencia por esta función ya que la función se utiliza para dar a conocer los momentos y factores morfológicos de la conducta del usuario que se necesitan implicar para que él o ella se ajuste al plan de intervención, a manera de retroalimentación del comportamiento del usuario (Rodríguez, 2006). Es decir, al regular se dice qué es lo que el o la usuaria puede hacer para mejorar su situación actual. Según Rodríguez y Salinas (2011), el uso de la función *Regular* pretende que el o la usuaria logre responder de manera satisfactoria a las instrucciones, comentarios o enseñanzas en el ambiente fuera del consultorio. Sin embargo, se recalca que el uso de esta función es pertinente si va acompañado de *Entrenamiento* (Ribes, 1990).

Dado a que en el momento de intervención se busca que el usuario desarrolle nuevos comportamientos, la función de *Entrenar* y *Ejemplificar* serían necesarias para este momento. Considerando que la función de *Entrenar* busca ejercitar o desarrollar nuevo comportamiento, sería oportuno que esta función se llevará a cabo durante el momento de intervención (Rodríguez, 2006). Esta función puede adquirir diversas formas en las técnicas utilizadas, pero es necesaria para que la intervención sea efectiva.

Cabe recalcar que el desarrollo de nuevas habilidades es una de las características de la TCC (Beck Institute, 2020). De acuerdo con Ribes (1990), hay habilidades lingüísticas (conocer) e instrumentales (saber hacer), sin embargo, una no desarrolla la otra. El estudio parece indicar que los

terapeutas se enfocan más en el desarrollo de habilidades lingüísticas, es decir el conocimiento, pero no se desarrollan habilidades instrumentales, el hacer. Por otra parte, una terapeuta tuvo preferencia por la función de *Instigar*. Aunque la función de *Instigar* sea importante, esta no desarrolla nuevos comportamientos, sólo probabiliza que ciertos comportamientos desarrollados se sigan presentando (Ribes, 1990).

Por otra parte, parece que el nivel de estudio sí es un factor importante en la emisión de funciones, pues el psicoterapeuta G, el único con doctorado, utilizó de manera balanceada las funciones, mientras que los demás psicoterapeutas mostraron una preferencia por ciertas funciones. Se cree que la emisión balanceada por parte del psicoterapeuta se debe a que durante sus años de estudio ha tenido un entrenamiento pertinente en las habilidades terapéuticas, lo cual como mencionan Montañón et al. (2011), es de importancia para la formación de profesionales. Es decir, si se obtiene un entrenamiento en estas habilidades, las funciones pueden llegar a observarse de manera más balanceada. También es probable que la docencia e investigación contribuyen a un desarrollo de habilidades diferentes. Como docente de licenciatura, se pudiera considerar como una formación permanente, ya que cada semestre se está aprendiendo habilidades instrumentales y lingüísticas pertinentes para sus cursos.

Por otra parte, también se buscó observar si las funciones se presentaron de manera diferencial con los años de experiencia que los psicoterapeutas tenían dando terapia. Se esperaría que entre más años de experiencia, las funciones se presentarían de manera diferencial. Como lo mencionan Morton et al. (2018), en el ámbito de la salud la experiencia es algo que beneficia los resultados del servicio, en este caso el proceso psicoterapéutico. Sin embargo, este no fue el caso del estudio.

Aunque los resultados parecen indicar que para el psicoterapeuta G si implementa una variedad de funciones, la psicoterapeuta F, quién también tiene más de 10 años de experiencia no demuestra un uso amplio de las funciones. Ahora, comparando con la psicoterapeuta F con D, quien tiene menos años de experiencia, D muestra un uso más amplio de estas funciones. Retomando lo mencionado previamente, se considera que la educación es de importancia para la formación de profesionistas en el ámbito de la salud (Rodríguez y Salinas, 2011); en el caso de la psicoterapeuta D, se podría hipotetizar que su formación como profesional incluyó el desarrollo de estas habilidades terapéuticas, lo cual permite un uso de funciones más amplio y diferencial a comparación de la psicoterapeuta F.

Al hablar de las funciones relacionadas con el motivo de consulta, los resultados son diversos. Cabe destacar que se esperaría que las funciones se presenten de una manera diferencial con base en el motivo de consulta. Díaz et al. (1989), al igual que Marchena et al. (2020) comentan la importancia de variar el uso de funciones dependiendo del caso. El componente verbal por parte del psicoterapeuta requiere modificarse durante el proceso y este también dependerá del

motivo de consulta al igual que de los objetivos terapéuticos. Por este motivo, el terapeuta requiere ajustar su comportamiento al motivo de consulta. En este caso, adecuar el uso de funciones al motivo de consulta.

Adicionalmente se buscó observar si las funciones de los psicoterapeutas se presentaban de manera diferencial en función de los objetivos particulares de la sesión. De acuerdo con Marchena et al. (2020), el comportamiento verbal cambia dependiendo de los objetivos particulares de la sesión. Por ende, se considera pertinente que el comportamiento del psicoterapeuta, en este caso el uso de funciones debería cambiar dependiendo de los objetivos establecidos para la sesión, lo cual tampoco se observó de manera homogénea.

Respecto de la adherencia y las funciones, de acuerdo con Kohlenberg y Tzai (1991, citados en Pascual-Verdú et al., 2019), la conducta del psicoterapeuta va a influir en la conducta de sus usuarios, lo cual se puede observar en este estudio. Esto se puede ver plasmado en los resultados obtenidos. Nuevamente, se recalca en este caso lo mencionado anteriormente por Froján-Parga y Ruiz-Sancho (2013), lo cual se comenta desde una perspectiva conductista skinneriana: la conducta que los consultantes presenten a lo largo de un proceso terapéutico se verá afectada por la conducta general que emita el psicoterapeuta. La conducta del psicoterapeuta será un estímulo sobre la conducta del o la usuaria (Pascual-Verdú et al., 2019).

Estos resultados nos permiten identificar la importancia de la investigación de procesos: aunque se usen técnicas con evidencia empírica, si el terapeuta no ejecuta las funciones adecuadas la técnica no será efectiva. La técnica no funciona por sí sola, es el terapeuta el que la hace funcionar por medio del comportamiento que despliega en las sesiones clínicas (Froxán, 2011).

Por último, las funciones establecidas en el análisis funcional (Rodríguez, 2006) permiten llevar a cabo investigación de procesos, enfocándose en el hacer y en el decir del terapeuta por medio de distintos comportamientos que tienen efectos diferenciados en la conducta del usuario. Al evaluar las funciones del terapeuta durante la intervención se podrá estimar si las técnicas elegidas serán efectivas, no en función de su evidencia empírica, sino de cómo fueron desarrolladas en terapia (Froxán, 2011; Froxán et al., 2018).

LIMITACIONES Y EXTENSIONES

Como limitaciones de esta investigación es pertinente mencionar que no se tuvo control sobre la cantidad de psicoterapeutas o usuarios que estuvieron dispuestos a participar, al igual que del abandono por parte de los participantes, pues se reconoce que puede ser incómodo que se graben las sesiones de teleterapia. Tampoco se tuvo control si un psicoterapeuta o usuario decidió no enviar cierta grabación en caso de que el contenido de esta pueda ser muy sensible y prefirieron no compartirlo con terceros.

Adicionalmente, se debe tomar en cuenta que al ser una investigación descriptiva de casos únicos no es posible

establecer generalizaciones a partir de los resultados (Wainer, 2012). A pesar de esto, dado que la investigación es de casos únicos con réplica, las réplicas de los estudios permiten que los hallazgos obtenidos en cada caso sean testeados o comparados con los otros. Se puede, entonces, llegar a generalizaciones menores, extrayendo lo común entre una serie de situaciones concretas con tal de formular generalizaciones que conserven esa naturaleza (Wainer, 2012). Es necesario seguir haciendo investigaciones de casos para comparar los resultados y poder observar similitudes.

Por último, la investigación se vio limitada por el tiempo disponible para analizar las grabaciones. Con el tiempo como una limitante, no se logra observar todo el proceso psicológico, lo cual impide la observación de funciones a través de los diferentes momentos de un proceso psicológico. De acuerdo con Marchena et al. (2020), estas funciones deberían variar dependiendo del momento del proceso, o de otras variables como el objetivo terapéutico o motivo de consulta (Díaz et al., 1989; Montañó et al., 2011).

Es importante retomar el sistema de categorización para hacer algunas precisiones que permitan la identificación de las funciones con mayor facilidad y sin que exista lugar a sesgo, a través de la implementación de diversos índices de confiabilidad.

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2017a). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <http://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- Beck Institute. (2020). *History of cognitive behavior therapy*. [https://beckinstitute.org/about-beck/team/our-history/history-of-cognitive-therapy/#:~:text=Cognitive%20Therapy%20\(CT\)%2C%20or,studied%20and%20practiced%20psychoanalysis%2C%20Dr](https://beckinstitute.org/about-beck/team/our-history/history-of-cognitive-therapy/#:~:text=Cognitive%20Therapy%20(CT)%2C%20or,studied%20and%20practiced%20psychoanalysis%2C%20Dr).
- Calero-Elvira, A., Froján-Parga, M. X., Ruiz-Sancho, E. y Vargas-de la Cruz, I. (2011) Conducta verbal de terapeuta y pacientes durante la aplicación de los distintos componentes de la reestructuración cognitiva. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 133-150.
- Carpio, R. C. (2014a). *La conciencia*. Conferencia presentada en el Primer Simposio Tópicos Selectos de Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=7SZZ97lpoQY>
- Carpio, R. C. (2014b). *Lenguaje y comportamiento humano: una propuesta analítica*. Trabajo presentado en la conferencia del XXIV Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente, Guadalajara, México.
- Carpio, C., Pacheco, V., Hernández, R. y Flores, C. (1995). Creencias, criterios y desarrollo psicológico. *Acta comportamental*, 3 (1), 89-98.
- Castro, A. (2003). ¿Son eficaces las psicoterapias

- psicológicas?. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 23(89), 51-58. DOI: 10.18682/pd.v3i0.503.
- Chávez, V. O., Morales, Ch. G., Marcos, S., R., y Carpio, R. C. (2020). Adherencia terapéutica, interacción equipo médico-paciente y justicia social en población indígena Mixteca de Guerrero, México. *Revista Latinoamericana De Bioética*, 20(1), 123-146. <https://doi.org/10.18359/rli.4142>
- Chávez, V. O., Morales, Ch. G., Canales, C. y Carpio, R. C. (2020). Análisis funcional del comportamiento del equipo médico en población indígena de México: el caso de una unidad médico rural. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23 (4).
- Díaz, G. E., Landa, P., Rodríguez, M., Ribes, E. y Sánchez, S. (1989). Análisis funcional de las terapias conductuales: una clasificación tentativa. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 7(3).
- DiMatteo, R., y DiNicola, D. (1983). Achieving patient compliance. *Patient Education and Counseling*, 5(1), 51. doi:10.1016/0738-3991(83)90077-0
- Froján, M. X. (2011). ¿Por qué funcionan los tratamientos psicológicos? *Clínica y Salud*, 22(3), 201-204. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n3a1>
- Froxán-Parga, M. X., Alonso-Vega, J., Trujillo, C., y Estal, V. (2018). Eficiencia de las terapias: ¿Un paso más allá de la eficacia? Análisis crítico del modelo cognitivo-conductual. *Apuntes de Psicología*, 36(1-2), 55-62.
- Froján-Parga, M. X., y Ruiz-Sancho, E. M. (2013). Análisis funcional de la interacción terapéutica. *Conductual*, 1(1). <https://conductual.com/articulos/Analisis%20funcional%20de%20la%20interaccion%20terapeutica.pdf>
- Galván, D. N., Alonso, V. J. y Froxán, P. M. (2020). Verbal aversive control in clinical interaction. *Psicothema*, 32 (2), 182-188. doi: 10.7334/psicothema2019.171
- González-Terrazas, R. y Froxán, M. X. (2021). Saber qué y saber cómo. Una propuesta explicativa de tres técnicas terapéuticas empíricamente validadas. *Clínica Contemporánea*, 12(3), Artículo e25. <https://doi.org/10.5093/cc2021a22>
- Kantor, J. R. (1978). *Psicología interconductual*. México: Trillas. (trabajo original publicado en 1967).
- Krebs, M., González, L. M., Rivera, A., Herrera, P., y Melis, F. (2012). Adherencia a psicoterapia en pacientes con trastornos de ansiedad. *Psykhé (Santiago)*, 21(2), 133-147. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282012000200011&lng=es&tlng=es.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E. y Garfield, S. L. (1994). *The effectiveness of psychotherapy*. New York.
- Landa, R. E., Martínez, B. A. y Sánchez, S. J. (2013). Medicina basada en la evidencia y su importancia en la medicina conductual. *Psicología y salud*, 23(2), 273-282.
- Lynch, M. M. (2012). Factors influencing successful psychotherapy outcomes. *Social Work Master's Clinical Research Papers*. 72. https://ir.stthomas.edu/ssw_mstrp/72
- Martínez-Taboas, A. (2014). Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: Beneficios y retos para Latinoamérica. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 63-78. <https://www.redalyc.org/pdf/4767/476747238009.pdf>
- Marchena, G. C., Froxán, P. M. y Calero, E. A. (2020). Homework Instructions and Compliance Assessing in the Therapeutic Process: An Analysis of Therapists' Verbal Behavior. *Universitas Psychologica*, 19. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy19.hica>
- Montaño, M., Froján-Parga, M.X., Ruiz, E.M. y Virués, F.J. (2011). El proceso terapéutico "Momento a Momento" desde una perspectiva Analítico-Funcional. *Clínica y Salud*, 22(2), 101-119.
- National Institute of Health and Care Excellence (2021). *Guidance, NICE advice and quality standards*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/published?ndt=Guidance&ndt=Quality%20standard> el 1 de diciembre de 2021
- Pardo-Cebrián, R., Calero-Elvira, A., Guerrero-Escagedo, M. y López-Gómez, A. (2020). What works in the Socratic debate? An analysis of verbal behaviour interaction during cognitive restructuring. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1-13. doi:10.1017/S1352465820000880
- Pascual-Verdú, R., Trujillo-Sánchez, C., Galvén-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 terapia1. *Conductual*, 7(2), 69-82.
- Ribes, I. E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Ribes, I. E. (2018). *El estudio científico de la conducta individual: una introducción a la teoría de la Psicología*. México: Manual Moderno.
- Ribes, E. y Lopez, F. (1985). *Teoría de la conducta*. México: Trillas.
- Rodríguez, C. M. (2006). *Análisis contingencial*. UNAM. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Rodríguez, M. L. y Salinas, J. L. (2011). Entrenamiento en habilidades terapéuticas: Algunas consideraciones. Enseñanza e Investigación. *Psicología*, 16(2), 211-225. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29222521001.pdf>
- Ruiz-Sancho, E. M., Froján-Parga, M. X. y Calero-Elvira, A. (2013). Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico. *Anales de psicología*, 29(3), 779-790.
- Secretaría de Salud. (2021). *Ley general de salud. Gobierno de México*. http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

- Silva, V. H., Morales, C. G., Pacheco, C. V., Camacho, T. A., Garduño, O. H. y Carpio, R. C. (2014). Didáctica como conducta: una propuesta para la descripción de las habilidades de enseñanza. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 40(3), 32-46.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código ético del psicólogo* (4ta ed.). Editorial Trillas.http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf
- Society of Clinical Psychology (2021). *Society of Clinical Psychology*. Division 12 of the APA. Recuperado de <https://div12.org> el 1 de diciembre de 2021.