

Facultad de Psicología,
Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

Estudio de la relación entre el éxito terapéutico y procesos de cambio mediante el análisis de la conducta verbal.

Study of the relationship between therapeutic success and change processes through the analysis of verbal behavior.

Autor: Alberto Sánchez Fernández-Quejo

Tutora: María Xesús Froxán-Parga

Trabajo de Fin de Grado: Modalidad D

Curso 2021/2022

Resumen:

En este trabajo se ha buscado encontrar una relación entre los procesos de cambio y resultados, trabajando para ello con la conducta verbal de la diada formada por terapeuta y cliente durante la intervención psicológica.

Objetivo: encontrar diferencias en el comportamiento de los terapeutas durante la intervención psicológica entre tres grupos diferentes formados por casos de éxito, éxito parcial y fracaso. Metodología: análisis secuencial para identificar diferencias de comportamiento. Resultados: se encuentran discrepancias en la actuación del terapeuta entre estos grupos. Los resultados muestran que avanzar en el estudio de este campo permitirá comprender qué comportamientos debería poner en marcha el terapeuta en sesión para alcanzar mejores beneficios o casos de éxito, mejorando así la práctica de la psicología clínica.

Palabras Clave: procesos de cambio, éxito terapéutico, conducta verbal, análisis secuencial, interacción verbal terapéutica.

Abstract:

In this project, we have sought to find a relationship between change processes and outcomes, considering for that the verbal behavior of the dyad composed by therapist and client during the psychological intervention.

Objective: to find differences in the behavior of the therapists during the psychological intervention between three different groups formed by cases of success, partial success, and failure. Methodology: sequential analyzes to identify behavioral differences. Results: discrepancies are found in the therapist's performance between these groups. The results show that advancing in the study of this field will allow us to understand what behaviors the therapist should implement in session to achieve better client's benefits or success, thus improving the practice of clinical psychology.

Keywords: change processes, therapeutic success, verbal behavior, sequential analyzes, therapeutic verbal interaction.

Índice

Introducción	5
Investigación en Procesos y en Resultados	6
Factores No Comunes y Factores Comunes.....	7
Trabajo del Equipo ACOVEO	9
Implicaciones de Este Trabajo	11
Objetivos e Hipótesis	14
Método	15
Participantes	15
Variables e Instrumentos	17
Diseño y Procedimiento	17
Resultados	18
Independencia.....	21
Análisis Secuencial	22
Hipótesis 1	26
Hipótesis 2	28
Discusión	30
Conclusiones	32
Limitaciones	33
Referencias	34

Anexo I	38
Anexo II	40

Dentro de la psicología la disciplina o rama que se dedica a lograr el cambio en las personas que presentan algún tipo de problema psicológico, entendiendo estos como una serie de conductas que han sido aprendidas durante la historia de aprendizaje de cada individuo y que por lo tanto, son susceptibles de modificarse, es la psicología clínica. Esta es definida como una disciplina científica, lo que quiere decir que los profesionales que la ejerzan deben estar actualizados e informados de los últimos avances que se den en este campo (COP, 1998).

En esta línea se encuentra el modelo *Scientist-practioner* o modelo Boulder, focalizado en aunar teoría, investigación y práctica clínica, guiando a los futuros psicólogos a que empleen la literatura más actualizada sobre investigación clínica a su práctica en esta área (Dorsey y Harper, 2018). Con este modelo se intenta asegurar que los psicólogos clínicos basan su práctica en los conocimientos probados y validados, dejándose de lado la practica extensiva de emplear solo los métodos que “prefieren” o que “más se adaptan a su forma de trabajar” (Rhodes, 2012).

Apoyándose en este modelo en que el psicólogo clínico debe basar su oficio y práctica en los últimos avances en su campo, es interesante conocer que a partir de preguntas sobre si la psicoterapia o intervención psicológica es efectiva, la investigación para resolver estas preguntas ha continuado desarrollándose, siendo las principales líneas actuales la investigación de procesos y resultados o los estudios de factores comunes y factores no comunes (Wampold, 2019).

Asimismo, los estudios de eficacia y efectividad de la psicología clínica son de gran relevancia debido a que los resultados obtenidos tendrán implicaciones económicas (es preferible realizar gasto público y/o privado en técnicas o procedimientos que se ha probado que funcionan), en la propia investigación científica (entendiendo esta como el objetivo o fin de comprender los problemas psicológicos, algo que continuamente se está actualizando) e implicaciones éticas (queremos dar a los clientes los mejores servicios posibles) (Márquez-González, 2011).

En primer lugar se van a explicar los términos y diferencias entre eficacia y efectividad. La **eficacia** en el ámbito de las intervenciones psicológicas se entiende como la capacidad de que se produzca un cambio en el comportamiento del cliente al aplicar una técnica o procedimiento concreto y que este sea el esperado (Márquez-González, 2011); mientras que, por otro lado, la **efectividad** se corresponde a la investigación que busca conocer si los tratamientos probados como eficaces tienen efecto en la población clínica que se encuentra en las consultas psicoterapéuticas, en otras palabras, investigaciones realizadas para evaluar si la

terapia va a funcionar en su entorno real (Pérez-Álvarez et al., 2013). Autores como Braakmann (2015) hablan de definiciones similares, relacionando la eficacia con los resultados obtenidos en las mejores condiciones y la efectividad a los resultados obtenidos en condiciones reales .

El continuar y avanzar en la investigación clínica es algo necesario y no solo en técnicas o procedimientos novedosos, sino que además sería recomendable revisar aquellos ya “asentados” mediante los estudios de replicabilidad empleando nuevas metodologías de análisis e interpretación de datos.

Investigación en Procesos y en Resultados

Al hablar de investigar la eficacia o efectividad clínica, se debe poner sobre la mesa la investigación de resultados y la investigación de procesos. La primera ha sido durante mucho tiempo la predominante en la investigación de la eficacia o efectividad (Seligman, 1995), quedando la investigación de procesos de cambio relegada a un segundo plano. No obstante, en la actualidad esto ha cambiado, pues la investigación de procesos (como los factores comunes, que veremos más adelante) se ha puesto al alza.

La investigación en resultados se caracteriza por buscar e intentar probar qué psicoterapia, técnica o procedimiento es más efectivo, siendo la mayoría de los estudios que se abarcan desde esta metodología basados en lo que se conoce como ensayos clínicos aleatorios o *Randomized Clinical Trials* (RCT) (los cuales se originan en la medicina (Watson y McMullen, 2016)). En 1952, Eysenck publica su artículo *The Effects of Psychotherapy: An Evaluation*, catalizando y popularizando este tipo de investigaciones, las cuales han continuado proliferando hasta convertirse en los más empleados para estudiar la eficacia de la intervención psicológica.

Este tipo de investigaciones presenta varios inconvenientes, empezando por el hecho de que la metodología clásica viene de una disciplina distinta a la psicología. Asimismo se ha visto en este tipo de estudios comparativos que suele encontrarse ventaja o mejores resultados en aquellas intervenciones acordes al modelo seguido por el investigador principal (Elliott y Freire, 2008, como citado en Watson y McMullen, 2016); y sugiriéndose que los resultados podrían ser incorrectos si las intervenciones las han llevado psicólogos noveles (Hollon, 1999; Lambert, 1999; Luborsky, 1975; Luborsky et al., 1999). No obstante, la principal crítica va dirigida al hecho de que al estudiar grupos de personas (en función del problema psicológico que se esté investigando) dejando de lado las características individuales que hacen único cada caso, los resultados solo son válidos a niveles de si el tratamiento funciona o no, impidiendo conocer los procesos que estarían actuando y permitiendo el cambio terapéutico (Watson y McMullen, 2016).

Por otra parte, la investigación en procesos de cambio (*Change process research*, CPR) aboga por encontrar las características que permiten que se produzca el cambio terapéutico, tanto dentro como fuera de la terapia (Greenberg, 1986), siendo sus principales objetivos: entender los mecanismos por los que el cliente cambia durante la terapia, lo cual a su vez afecta a otro de los objetivos, que es mejorar la calidad de la terapia en sí; el desarrollar y ampliar el conocimiento de las teorías propuestas; y finalmente, facilitar y desarrollar un entrenamiento efectivo para los nuevos terapeutas (Hardy y Llewelyn, 2015).

Según Elliott (2010), se diferencian 4 tipos distintos de CPR: diseño cuantitativo de procesos-resultados, diseño cualitativo de factores de ayuda, diseño micro analítico de procesos secuenciales y aproximación a los eventos significativos; siendo el que se va a llevar a cabo en este proyecto el tercero.

El diseño micro analítico de procesos secuenciales analiza la interacción terapeuta-cliente que se da momento a momento, codificándose la conducta de cliente y terapeuta para su posterior registro y análisis secuencial. Esto presenta ventajas como que este diseño cumpliría ya 3 de las 4 claves para poder hablar de inferencia causal: covariación entre la respuestas de terapeuta y cliente, respuesta del terapeuta precediendo la siguiente respuesta del cliente y aporta una explicación plausible de la relación causal basándose en la teoría (Haynes y O'Brien, 2000); el hecho de que permite señalar una fuerte influencia causal y por último por el gran potencial que tienen los resultados hallados mediante esta metodología para enseñar a futuros terapeutas. Por contra, el mayor problema que presenta es el hecho de que es una metodología muy costosa de llevar a cabo, pues requiere entrenar a los observadores para alcanzar niveles de fiabilidad óptimos y el posterior registro de las sesiones de terapia (Elliott, 2010).

En resumen, es importante y necesario profundizar en la investigación en procesos ya que es la que aclara y sirve para conocer realmente cómo y por qué se produce el cambio terapéutico. La utilidad de comparar diferentes técnicas, terapias o procedimientos es muy limitada, pues se está ignorando y relegando el estudiar qué es lo que están haciendo estas técnicas o procedimientos, qué mecanismos ponen en marcha para lograr este cambio (Froxán-Parga et al., 2018).

Factores No Comunes y Factores Comunes

Otra corriente de estudio de la eficacia y efectividad clínica es la que se denomina investigación en factores no comunes e investigación en factores comunes.

La investigación en factores no comunes o específicos busca conocer cuáles son los ingredientes de cada psicoterapia que explican su eficacia, mientras que la investigación en factores comunes o inespecíficos se plantea el estudio de los componentes comunes que se dan en todas las psicoterapias, como podrían ser la relación terapéutica, el efecto del terapeuta o las variables del cliente, y que explicarían la eficacia de la intervención psicológica en general. A continuación, se repasan diferentes diseños de investigación que se han realizado en ambas líneas.

Iniciando con la especificidad, esta se puede estudiar de diferentes formas, siendo la propuesta de (Wampold, 2019) en función del tipo de diseño metodológico, donde encontramos los diseños de componentes, las investigaciones con grupos control o placebo y las secuencias específicas de sistema¹.

El **diseño de componentes** tiene el objetivo de aislar e identificar un ingrediente de la psicoterapia en concreto. Esto lo hace eliminando componentes que son en teoría indispensables o añadiendo nuevos componentes.

Un ejemplo clásico donde se ha empleado esta metodología ha sido en el trabajo de Jacobson (1996) con la terapia cognitivo-conductual (CBT por sus siglas en inglés), la cual trabaja con tres componentes básicos: activación conductual, adquisición de habilidades para controlar pensamientos automáticos y modificación de esquemas. Para ello, 150 participantes fueron asignados a 3 condiciones de intervención: en una solo se trabajaría activación conductual, en otra activación conductual más habilidades para controlar pensamientos automáticos y el último grupo recibiría la psicoterapia completa (están presentes los tres componentes). Los resultados mostraron no solamente que la psicoterapia completa no era más efectiva que ninguna de las otras dos condiciones; sino que además en todas se produjo cambio de pensamientos automáticos.

Por otro lado, se encuentran los diseños que trabajan con **grupos control o placebos**. En estos se aplica a un grupo experimental el tratamiento a evaluar (tipo de psicoterapia, técnica específica...) mientras que a otro grupo con características similares (normalmente, el mismo diagnóstico psiquiátrico o similares, edad etc.) no se le aplica intervención. No obstante, dicha práctica en seguida muestra un problema y es que en la investigación en psicología clínica no se puede aplicar un placebo como se haría en investigación médica o farmacológica (administrar al control una pastilla similar al fármaco, pero sin ningún principio activo). El objetivo sería realizar una intervención pero sin que ningún proceso psicológico facilitase el

¹ Traducción propia de: *System-specific sequence*.

cambio, lo que consiste normalmente en simplemente escuchar la problemática del grupo control, mostrar empatía hacia estos etc. Aun así, siempre existiría la posibilidad de que esta mera escucha o respuesta empática suponga la activación de algún proceso psicológico que resulte beneficioso para la persona.

Finalmente, encontramos los diseños que buscan encontrar **secuencias específicas de sistema**, término que viene de la medicina². Para ello se pueden evaluar variables mediadoras como son los constructos: si para tratar un trastorno puedo aplicar un tratamiento X que actúa sobre el sistema X, pero también puedo usar para este mismo trastorno el tratamiento Y que actúa en el sistema Y, los tratamientos X e Y son específicos de sistemas diferentes, pero ambos sistemas se relacionan con el trastorno a tratar.

Por tanto, respecto a los intentos de hallar evidencias mediante el análisis de factores no comunes podemos afirmar que es una tarea complicada (Wampold, 2019).

Al igual que en los factores no comunes, (Wampold, 2019) realiza varios apuntes sobre los factores comunes, destacando algunas dificultades que presentan.

En primer lugar se da el hecho de que realizar una manipulación experimental de los factores comunes es muy difícil, implicando que no se pueda atribuir causalidad tan fácilmente como en otro tipo de diseños. Esto se debe a que no se puede asignar a un sujeto a una condición en la que el mismo terapeuta tenga unas cualidades VS otras cualidades opuestas, o no se puede asignar a que posea tanto una buena relación terapéutica como una mala. Por otro lado, tenemos la circunstancia de que los factores comunes, al contrario de los no comunes, no son variables que podamos eliminar e incorporar según queramos (es imposible aplicar una intervención terapéutica sin el terapeuta o sin la relación terapéutica).

Tras este repaso sobre los diferentes métodos y vías para acercarnos al estudio de la efectividad terapéutica, se presenta la labor y metodología del equipo en que se inscribe este trabajo, así como otras propuestas metodológicas en auge para estudiar los procesos psicológicos de cambio.

Trabajo del Equipo ACOVEO

El equipo de investigación ACOVEO tiene el objetivo de analizar los mecanismos que explican el cambio terapéutico desde el paradigma conductual, empleando para ello una metodología sistemática (basándose en la “Metodología de Reno” que analiza momento a momento de la interacción verbal entre

² 1: Ante una enfermedad, se busca una explicación biológica de esta. 2: se busca un tratamiento o sustancia que en teoría remediaría el déficit biológico. 3: el aplicar la sustancia altera la biología del sujeto tal y como se hipotetizó, mientras que otras sustancias no lo hacen. Y 4: el cambio a nivel biológico cura la enfermedad (Wampold, 2007)

terapeuta y cliente basándose en los principios del Conductismo Radical, más concretamente, en la obra de Skinner “Conducta Verbal” (Xavier et al., 2017)). Este equipo ha ido generando diferentes sistemas de categorización de la conducta verbal (del cliente y terapeuta) hasta llegar al actual Sistema ACOVEO, con el que las verbalizaciones en la interacción terapéutica son registradas bajo categorías descriptivo-funcionales (de Pascual-Verdú et al., 2019).

Otro aspecto destacable de este sistema y que lo diferencia de otros que también analicen la interacción verbal en terapia, es el hecho de que asume que la postura del terapeuta es quien tiene el papel directivo en la intervención, siendo quien aplica las contingencias (antecedentes y consecuentes como discriminativos y reforzadores respectivamente). Además, ocasionalmente, sus verbalizaciones se analizan en términos de estímulos condicionados. Por otro lado, la conducta del cliente se analiza siempre como respuesta (de Pascual-Verdú et al., 2019). Esta decisión de analizar la interacción focalizándonos en el terapeuta como la parte directiva se basa en que es este quien está formado y entrenado para fomentar el cambio comportamental en el cliente basándose en sus objetivos o metas. No obstante, es cierto que sería de gran interés analizar la interacción terapéutica de forma inversa, analizando la conducta verbal del cliente como antecedentes y consecuentes y la conducta verbal del terapeuta como respuesta.

De esta forma, en el grupo ACOVEO se analizan, mediante el análisis de la conducta verbal, los procesos de aprendizaje que permiten el cambio del comportamiento de la persona, siendo estos los responsables del cambio terapéutico común a todas las psicoterapias (Alonso-Vega et al., 2019).

Un trabajo similar es el que lleva a cabo el grupo de investigación brasileño Metodologías de investigación y producción de evidencias en Terapia Analítico-conductual o METAC, centrándose en hallar metodologías que permitan recoger y analizar datos de manera válida y fiable sobre como la conducta de un miembro en una diada (terapeuta y cliente), afecta al otro (gracias al registro de sesiones de terapia y con sistemas de categorización como el del grupo ACOVEO). Además, destacan que las metodologías que se pueden emplear para el análisis de procesos han avanzado hasta el punto de que actualmente es posible mediante el análisis observacional con sistemas de categorización, encontrar datos equiparables entre sí y que permiten su comparación y la creación de bases de datos en lo referido al comportamiento del terapeuta, mientras que destacan que en el caso del cliente es algo más complejo, pues se necesita una mayor individualización. Otro aspecto a destacar en las investigaciones llevadas a cabo por este equipo es el hecho de que han estudiado aquellos tipos de análisis más adecuados para estas metodologías, resumiéndose en que los datos de frecuencia y duración son muy útiles para mostrar cambios longitudinales o entre

investigaciones; es el análisis de las secuencias de comportamiento entre terapeuta y cliente los que aportan una mayor información sobre que conductas del terapeuta pueden tener una mayor o menor influencia/causalidad en el comportamiento del cliente (Meyer y Oshiro, 2019).

Otros trabajos también están abogando por hallar y estudiar nuevas metodologías que faciliten la investigación en procesos de cambio. Por ejemplo, el análisis automático de textos es una metodología mediante el cual se analizan transcripciones (W. Smink et al., 2019; W. A. C. Smink et al., 2019).

Implicaciones de Este Trabajo

En este trabajo se va a emplear la metodología observacional de análisis de la interacción verbal en el contexto terapéutico con el objetivo de identificar procesos psicológicos y encontrar la relación de estos con la efectividad terapéutica, alejándose del empleo mayoritario de investigación de resultados. De esta manera, nos encontraremos un poco más cerca de conocer tanto qué procesos se ponen en marcha durante la terapia, como su correlación con el resultado de esta.

Para ello, se analizará como las Operaciones de Establecimiento u Operaciones Motivadoras (OM) y los consecuentes emitidos por el terapeuta afectan a la conducta verbal del cliente (que como ya se ha explicado, se analiza como respuesta). Las OM se definen como elementos ambientales u orgánicos que alteran momentáneamente el valor de uno o varios elementos de una secuencia conductual determinada aprendida, pudiendo ser los estímulos, parámetros de la respuesta o ambos (de Pascual-Verdú y Sánchez, 2018; Froxán-Parga, 2020; Michael, 1993). Por otro lado, los consecuentes definidos funcionalmente como Reforzadores (positivos o negativos), se definen como estímulos contingentes a la respuesta del organismo que afectan a la probabilidad de que dicha respuesta se repita o no en el futuro (Froxán-Parga, 2020). El elegir estas variables tiene sentido, pues existe una relación que parece indicar que el cliente tiende a verbalizar con más probabilidad el seguimiento de instrucciones pactadas en terapia y cuando el terapeuta emite OMs (especialmente aquellas que explicitan las secuencias de acción de estas instrucciones) (de Pascual-Verdú y Sánchez, 2018); y también se ha comprobado que cuando el terapeuta emite conductas categorizadas como “reforzadores” las conductas del cliente categorizadas como pro-terapéuticas (verbalizaciones que expresan una aproximación al cambio positivo) tienden a aumentar a lo largo de la terapia (Ruiz-Sancho, 2011).

La herramienta principal que se empleará es el Sistema ACOVEO (Anexo I), centrándose en las categorías del terapeuta: *Operaciones Motivadoras* (con información clínica, con consecuentes y con emparejamiento) y *Estímulos Consecuentes* (Reforzadores); y del cliente: *Aceptación, Desacuerdo, Logro, Fracaso, Bienestar, Malestar, Seguimiento de Instrucciones y No seguimiento de Instrucciones*.

Para el terapeuta, el Sistema ACOVEO presenta las siguientes definiciones de dichas categorías:

- *Operaciones Motivadoras*: “secuencias verbales del terapeuta que hacen más o menos probable la ocurrencia de alguno de los elementos de la cadena conductual del cliente. Incluye las operaciones motivadoras de establecimiento y las de abolición”.
 - *Operación motivadora con información clínica*: “la alteración de la probabilidad de ocurrencia de la respuesta del cliente se relaciona con una verbalización del terapeuta que transmite conocimiento psicológico (técnico o clínico) de manera neutra” (Ej: “*Cuando se ignoran las llamadas de atención de alguien es muy probable que se produzca un incremento de su insistencia en un primer momento*”).
 - *Operación motivadora con consecuencias*: “la alteración de la probabilidad de ocurrencia de la respuesta del cliente se relaciona con una verbalización del terapeuta que explicita las consecuencias apetitivas o aversivas que tendrá para él la ejecución de dicha respuesta (real o hipotética)” (Ej: “*Que vayas a comer los domingos con tu familia va a hacer que te sientas más integrado*”).
 - *Operación motivadora con emparejamiento*: “la alteración de la probabilidad de ocurrencia de la respuesta del cliente se relaciona con una verbalización del terapeuta que define una conducta, evento o situación en términos apetitivos o aversivos y los pone en relación con ellos” (Ej: “*Que le espíes el móvil a tu pareja es horrible*”).
- *Estímulos Consecuentes*: “verbalizaciones del terapeuta que siguen a la respuesta del cliente”.
 - *Reforzador positivo*: “verbalizaciones del terapeuta que aumentan la probabilidad de aparición futura de una respuesta del cliente con la que mantiene una contingencia positiva o que la reducen si la contingencia es negativa” (Ej: “*Estupendo, hiciste muy bien*”).

- Modificador³: *Bajo*: se incluirán palabras o expresiones de aprobación neutras por su contenido (Ej: “*Bien, Claro, Vale, Bueno...*”).
- Modificador: *Alto*: se incluirán palabras o expresiones de aprobación enfáticas por su contenido (Ej: “*Fenomenal, Genial, Excelente, Estoy totalmente de acuerdo contigo...*”).
- *Reforzador negativo*: “verbalizaciones del terapeuta que aumentan la probabilidad de aparición futura de una respuesta del cliente con la que mantiene una contingencia negativa o que la reducen si la contingencia es positiva” (Ej: “*Eso no es en absoluto cierto*”).
 - Modificador: *Bajo*: se incluirán palabras o expresiones de desacuerdo o negación neutras por su contenido (Ej: “*No, eso no es así; No estoy de acuerdo...*”).
 - Modificador: *Alto*: se incluirán palabras o expresiones de desacuerdo o negación mostrando enfado o ironía (Ej: “*Sí, claro, y en el país de los ciegos, el tuerto es el rey; Vamos, seguro que eres la única persona que no puede hacer X...*”).

Para el cliente, las definiciones que aporta el Sistema ACOVEO son:

- *Aceptación*: “verbalización del cliente que muestra acuerdo, aceptación y/o admiración ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta”.
- *Desacuerdo*: “verbalización del cliente que indica desacuerdo, desaprobación y/o rechazo ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta”.
- *Logro*: “verbalizaciones del cliente que señalan la consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la consecución del mismo”.
- *Fracaso*: “verbalizaciones del cliente que señalan la no consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la no consecución del mismo”.
- *Bienestar*: “verbalizaciones del cliente que hacen referencia a un estado de satisfacción o felicidad o a la anticipación de este bienestar”.

³ *Modificadores*: “los modificadores son variaciones o subtipos de una categoría, como puede ser la intensidad”. Los encontraremos en los Estímulos Consecuentes.

- *Malestar*: “verbalizaciones del cliente que hacen referencia al padecimiento de malestar debido a sus conductas problema o a la anticipación de este malestar”.
- *Seguimiento de instrucciones*: “verbalizaciones del cliente que implican un seguimiento total o parcial, dentro o fuera de sesión, así como la anticipación o el seguimiento en tiempo real de las instrucciones presentadas por el terapeuta”.
- *No seguimiento de instrucciones*: “verbalizaciones del cliente que implican el no seguimiento dentro o fuera de sesión, así como la anticipación o el no seguimiento en tiempo real de las instrucciones presentadas por el terapeuta”.

Objetivos e Hipótesis

El principal objetivo de este trabajo es el de realizar un acercamiento a la relación entre procesos psicológicos de cambio y la efectividad o éxito en la terapia. El éxito lo definiremos como las verbalizaciones que emite el cliente y que se aproximan al objetivo terapéutico. Las variables seleccionadas para este propósito son: la conducta verbal del terapeuta como variable independiente (partiendo del hecho de que en terapia es el terapeuta quién administra y gestiona las contingencias de la conducta del cliente); y la conducta verbal del cliente como variable dependiente (veremos cómo afecta en esta la conducta verbal del terapeuta).

Al comparar los casos de éxito terapéutico con aquellos de no éxito, se pretende identificar patrones de conductas del terapeuta que se vean asociados con distintos resultados de la intervención psicoterapéutica.

Las hipótesis que se han planteado para estudiar esta relación son:

Hipótesis 1: En los casos *exitosos (éxito y éxito parcial)*, encontraremos que las verbalizaciones *conducta objetivo* del cliente irán precedidas mayormente por *operaciones motivadoras* y seguidas de *reforzadores positivos* que en los casos de *fracaso*.

Hipótesis 2: En los casos de *fracaso*, las verbalizaciones *conducta problema* irán precedidas por *operaciones motivadoras* e irán seguidas de *reforzadores positivos* en mayor medida que en los casos de *exitosos (éxito y éxito parcial)*.

Método

Participantes

Para esta investigación se ha analizado un total de 11 casos repartidos entre 3 terapeutas. Los psicólogos pertenecen todos al centro de práctica privada de psicología Instituto Terapéutico de Madrid (ITEMA), con más de 10 años de experiencia. En la Tabla 1 se resumen las características del terapeuta y del cliente.

Todos los participantes leyeron y firmaron un consentimiento informado (Anexo II) en el que accedían a la grabación de las sesiones de terapia para su posterior registro.

Así mismo, esta investigación ha sido aprobada por el Comité Ético de la Universidad Autónoma de Madrid.

Tabla 1*Resumen de Casos: Características del Terapeuta y Características del Cliente*

Caso	Características del terapeuta		Características del cliente	
	Número	Terapeuta	Experiencia	Sexo
1	X	1	H	Dejar de fumar.
2	X	2	M	Mejorar en el trabajo.
3	X	5	H	Mejorar relaciones sociales.
4	X	10	M	Entrenar asertividad.
5	Y	1	H	Dejar de temer a las arañas.
6	Y	2	H	Controlar el enfado.
7	Y	5	H	Gestionar conciliamiento.
8	Y	10	M	Reducir necesidad de control.
9	Z	3	M	Solucionar vida amorosa.
10	Z	5	M	Reducir ansiedad.
11	Z	10	M	Eliminar miedo a sensaciones interoceptivas.

Variables e Instrumentos

Las variables para este estudio han sido la conducta verbal del terapeuta (VI) y el éxito terapéutico evaluado mediante la conducta verbal del cliente (VD). El sistema de categorías S-ACOVEO-T (Anexo I) se ha empleado para registrar la conducta verbal de la diada. Se han registrado 5 categorías de la conducta verbal del terapeuta: *Operaciones Motivadoras (OM) (Operaciones Motivadoras con Información Clínica (OMI), Operaciones Motivadoras con Consecuentes (OMC) y Operaciones Motivadoras con Emparejamiento (OME))* y *Reforzadores positivos (R+) y negativos (R-)*. Del cliente se han registrado 8 categorías: *Aceptación, Desacuerdo, Logro, Fracaso, Bienestar, Malestar, Seguimiento de Instrucciones, No seguimiento de Instrucciones, Explicación Funcional, Pseudoexplicación y Evitación y Escape*. Dichas categorías se han englobado en *conducta objetivo* o *conducta problema* de forma individualizada para cada caso con base al análisis funcional de cada cliente. Esto es, a la hora de registrare las sesiones, los observadores tenían en cuenta el análisis funcional del caso para determinar qué verbalizaciones eran conducta objetivo (comportamiento que facilita alcanzar los objetivos terapéuticos) y cuales eran conducta problema. Por ejemplo, en el caso del cliente que deseaba disminuir su respuesta de ansiedad ante las arañas, se han registrado exactamente las verbalizaciones en las que expresa dicho deseo en las sesiones iniciales y a continuación, tras las diferentes sesiones de intervención, verbalizaciones del tipo “*Hoy he cogido una araña en la mano y no tuve miedo*” se registraron categorizadas como conducta objetivo y otras como “*Vi una araña en clase y le pedí corriendo a un compañero que la matase*” se registraron como conducta problema.

Posteriormente, en base a los porcentajes de *conducta objetivo* de cada sujeto se han formado diferentes niveles de éxito terapéutico.

En cuanto a los instrumentos utilizados, estos ha sido por un lado las grabaciones de las sesiones, las cuales se han obtenido mediante un sistema de circuito cerrado situado en el centro, que posteriormente se almacenan en discos duros externos guardados bajo llave en las instalaciones el grupo de investigación ACOVEO. El instrumento para registrar las variables ha sido el sistema de observación S-ACOVEO-T, y el registro y análisis de fiabilidad se han realizado con el software The Observer XT (12.0) mientras que para el análisis de los datos se han empleado los programas SPSS (26.0) y GSEQ (5.1.23) (Bakeman y Quera, 2016).

Diseño y Procedimiento

Este trabajo emplea un diseño ex-post-facto en el que se comparan tres grupos (fracaso, éxito parcial y éxito total) para evaluar las diferencias en la actuación del terapeuta.

Tras firmar los consentimientos informados por los participantes, se inició la grabación de las sesiones clínicas. Estas sesiones se envían al grupo ACOVEO, quienes las almacenan anonimizando los datos del cliente.

A continuación se registran las sesiones hasta alcanzar índices de acuerdo óptimos ($Kappa \geq 0.7$) (por encima de 0.8 el acuerdo es excelente, entre 0.8 y 0.6 es bueno, entre 0.6 y 0.4 moderado y por debajo de 0.4, es un acuerdo pobre (Pardo Merino y San Martín, 2015)).

Tras esto, se procede con la clasificación de los diferentes casos en los grupos *éxito*, *éxito parcial* y *fracaso*. El criterio seguido para esta clasificación se realizó con base en la conducta objetivo del cliente a partir de la sesión en la que se explica la problemática al cliente.

Finalmente, se realizaron los análisis secuenciales necesarios para probar las hipótesis y conocer qué comportamientos realizaban los terapeutas ante las verbalizaciones de conducta objetivo o conducta problema de los clientes y si existía alguna diferencia en estos entre los casos de *Éxito*, *Éxito parcial* o *Fracaso*.

Resultados

En primer lugar, se extrajeron los estadísticos descriptivos respectivos de la *conducta objetivo* y *conducta problema* de cada caso y sesión, que se pueden ver en la Tabla 2.

Tabla 2*Porcentajes de las Categorías de Conducta Verbal por Caso*

Caso	Cliente		Terapeuta						
	Cta Objetivo (%)	Cta Problema (%)	OMC (%)	OMI (%)	OME (%)	R+ Alto (%)	R+ Bajo (%)	R- Alto (%)	R- Bajo (%)
1	60.9	39.1	10	56.6	4.4	5.3	19.9	0.9	2.9
2	80.9	19.1	4.2	52.3	1.6	15.9	25	0.3	0.6
3	65.6	34.4	14.1	39.3	0.3	13.7	23.3	6.1	3.2
4	81.2	18.8	9.4	36.6	4.5	16.2	29.4	1.1	2.6
5	75.7	24.3	19.4	49.3	1.3	7	8.8	1.8	12.3
6	55.8	44.2	12.7	42.5	3.7	14.2	20.5	1.7	4.6
7	66.4	33.6	18.2	35.9	2.7	14.6	20.1	2.7	5.8
8	75	25	11.8	44.7	2.1	13.6	22.1	1.4	4.2
9	63.5	36.5	10.1	56	5.5	6.8	13.6	3	5
10	69.7	30.3	3.7	54.1	0.4	9.3	27.2	1.9	3.4
11	74.3	25.7	5.7	41.4	1.7	18.2	30.7	1.4	0.9

Nota. Cta Objetivo = Conducta objetivo; Cta Problema = Conducta problema; OMC = Operación motivadora con consecuentes; OMI = Operación motivadora con información clínica; OME = Operación motivadora con emparejamiento; R+ Alto = Reforzador positivo alto; R+ Bajo = Reforzador positivo bajo; R- Alto = Reforzador negativo alto; R- Bajo = Reforzador negativo bajo.

La variable éxito se ha definido en base a una distinción clínica marcada por los terapeutas del centro de origen: teniendo en cuenta el porcentaje total de la conducta objetivo del cliente, si esta es mayor que un 75% se determinará que es *éxito*; si es menor o igual a 75% pero mayor a 65% se determinará que es *éxito parcial*; y finalmente, si la conducta objetivo es menor o igual a un 65% se determinará que es *fracaso*. En la Tabla 3 se muestra el porcentaje de conducta objetivo y conducta problema en cada caso, y en la Tabla 4 como quedaría cada caso distribuido en cada grupo.

Tabla 3

Conducta del cliente a partir de la sesión de AF

Caso	Conducta Objetivo (%)	Conducta Problema (%)
1	61.1	38.9
2	82.9	17.1
3	74.1	25.9
4	84.2	15.8
5	76.2	23.8
6	60.3	39.7
7	68.1	31.9
8	77.6	22.4
9	63.9	36.1
10	73.4	26.6
11	77.5	22.5

Tabla 4

Distribución de los casos en grupos

Grupo	Caso	Total
Éxito total	2, 4, 5, 8 y 11	5
Éxito parcial	3, 7 y 10	3
Fracaso	1, 6 y 9	3

Para comprobar las hipótesis se han realizado análisis secuenciales que nos permitan conocer si se da alguna relación entre dos conductas adyacentes (Ruiz-Sancho, 2011). Lo primero ha sido comprobar la dependencia que pueda haber entre las conductas del terapeuta y del cliente, para lo que se empleó el estadístico *chi-cuadrado* (X^2) de Pearson. Posteriormente, diferentes pruebas estadísticas han sido utilizadas para analizar secuencialmente las conductas dadas entre terapeuta y cliente: se han empleado los *residuos ajustados* (z), que nos indican la medida en que los valores de frecuencia observados se desvían de sus valores esperados (valores mayores que 1.96 indican que el comportamiento se da más de lo esperado, mientras que valores menores que -1.96 indican que el comportamiento se da menos de lo esperado por azar al nivel de 0.05). El otro estadístico empleado es la *Q de Yule*, que en tablas 2x2 nos indica la correlación entre un comportamiento dado y la conducta objetivo con valores que van desde -1 hasta +1, siendo $Q = 0$ una no asociación (la interpretación es similar a una correlación de Cohen: Asociación pequeña $Q \geq 0,10$; asociación media $Q \geq 0,30$ y asociación grande $Q \geq 0,50$). Si queremos conocer la relación entre una conducta dada u observada y la siguiente emplearemos la correlación *Lag +1*; y si queremos conocer la correlación entre una conducta que preceda a la conducta dada u observada emplearemos la correlación *Lag -1*.

Independencia

Al aplicar la prueba *chi-cuadrado* (X^2) de Pearson hemos obtenido los estadísticos que se muestran en la Tabla 5. Como podemos ver, en todos los casos se falsa la hipótesis nula de independencia, por lo que las variables son dependientes.

Tabla 5

Prueba de independencia

Conducta dada/Conducta objetivo (Retardo)	Estadístico X^2
Cliente/Terapeuta (+1)	$X^2 = 12207.25, gl = 45,$ $P < 0,01^*$
Cliente/Terapeuta (-1)	$X^2 = 16754.4, gl = 45,$ $P < 0,01^*$

Nota. Valores en cada celda: estadístico chi-cuadrado, grados de libertad y p

Análisis Secuencial

A continuación, se muestra en las Tablas 6, 7 y 8 los residuos ajustados (z) y la Q de Yule de cada caso en función del grupo asignado de éxito o no éxito. Para poner a prueba las hipótesis planteadas, se han analizado la relación entre las OM y consecuentes del terapeuta y la conducta objetivo y conducta problema del cliente.

Tabla 6*Análisis Secuenciales del Grupo de Éxito*

Conducta dada/Conducta condicionada (retardo)	OMI	OMC	OME	Ref+Alto	Ref+Bajo	Ref-Alto	Ref-Bajo
Objetivo (+1)	2.71	-1.36	2.13	25.56*	29.78*	-2.6	-4.48*
	0.12	-0.14	0.2	0.97	0.93	-1	-1
Objetivo (-1)	19.53*	6.23*	1.87	4.35*	1.89	-1.58	0.01
	0.63	0.45	0.31	0.29	0.11	-0.51	0
Problema (+1)	4.46*	-1.27	-1.13	-4.14*	-3.12*	15.38*	26*
	0.27	-0.23	-0.5	-0.83	-0.38	1	1
Problema (-1)	-1.07	-0.66	-1.75	-2.61	-0.37	2.03	-0.3
	-0.08	-0.11	-1	-0.43	-0.04	0.5	-0.8

Nota. OMI = Operación motivadora con información clínica; OMC = Operación motivadora con consecuentes; OME = Operación motivadora con emparejamiento; Ref+Alto = Reforzador positivo alto; Ref+Bajo = Reforzador positivo bajo; Ref-Alto = Reforzador negativo alto; Ref-Bajo = Reforzador negativo bajo.

Valor de cada celda: residuos ajustados (z)/Q de Yule

* $p \leq 0.01$

Tabla 7*Análisis Secuenciales del Grupo de Éxito Parcial*

Conducta dada/Conducta condicionada (retardo)	OMI	OMC	OME	Ref+Alto	Ref+Bajo	Ref-Alto	Ref-Bajo
Objetivo (+1)	7.7* 0.4	4.31* 0.38	0.52 0.17	22.25* 0.97	24.68* 0.91	-2.74 -1	-3.04* -1
Objetivo (-1)	19.78* 0.74	10.77* 0.7	3.41* 0.69	2.18 0.22	1.88 0.15	0.8 0.16	0.95 0.17
Problema (+1)	5.26* 0.36	-0.39 -0.06	-1.11 -1	-1.63 -0.32	-0.7 -0.09	18.64* 0.99	20.25* 0.99
Problema (-1)	4.53* 0.32	-0.39 -0.06	-0.13 -0.07	-0.36 -0.06	-0.82 -0.11	2.38 0.45	3.95* 0.57

Nota. OMI = Operación motivadora con información clínica; OMC = Operación motivadora con consecuentes; OME = Operación motivadora con emparejamiento; Ref+Alto = Reforzador positivo alto; Ref+Bajo = Reforzador positivo bajo; Ref-Alto = Reforzador negativo alto; Ref-Bajo = Reforzador negativo bajo.

Valor de cada celda: residuos ajustados (z)/Q de Yule

* $p \leq 0.01$

Tabla 8*Análisis Secuenciales del Grupo de Fracaso*

Conducta							
dada/Conducta	OMI	OMC	OME	Ref+Alto	Ref+Bajo	Ref-Alto	Ref-Bajo
condicionada							
(retardo)							
Objetivo (+1)	4.19*	-0.63	2.33	17.61*	14.85*	-1.73	2.62
	0.21	-0.7	0.2	0.87	0.81	-0.54	0.35
Objetivo (-1)	21.14*	4.11*	4.76*	1.18	0.98	0.1	0.88
	0.73	0.37	0.56	0.11	0.1	0.02	0.14
Problema (+1)	5.59*	0.01	0.00	2.03	2.92*	12.61*	11.46*
	0.3	0	0	0.21	0.29	0.98	0.85
Problema (-1)	3.42*	-1.8	-0.81	-2.27	0.56	0.06	-0.25
	0.2	-0.29	-0.19	-0.34	0.7	0.02	-0.05

Nota. OMI = Operación motivadora con información clínica; OMC = Operación motivadora con consecuentes; OME = Operación motivadora con emparejamiento; Ref+Alto = Reforzador positivo alto; Ref+Bajo = Reforzador positivo bajo; Ref-Alto = Reforzador negativo alto; Ref-Bajo = Reforzador negativo bajo.

Valor de cada celda: residuos ajustados (z)/Q de Yule

* $p \leq 0.01$

Hipótesis 1: En los casos exitosos (éxito y éxito parcial), encontraremos que las verbalizaciones conducta objetivo del cliente irán precedidas mayormente por operaciones motivadoras y seguidas de reforzadores positivos que en los casos de fracaso.

Tras aplicar las pruebas de análisis secuencial obtenemos los resultados en función de la conducta dada y condicionada (Tabla 9). Cuando la conducta dada es la conducta objetivo del cliente y la condicionada son los reforzadores positivos altos o bajos del terapeuta, con un *Lag +1*, encontramos que se dan asociaciones grandes y significativas en los tres grupos.

En el grupo de éxito y éxito parcial la asociación entre conducta objetivo y R+ alto y R+ bajo son significativas y con un valor Q de 0.97 y 0.93 en el grupo de éxito y una Q de 0.97 y 0.91 en el grupo de éxito parcial respectivamente. Por otro lado, en el grupo de fracaso esta asociación también es significativa y grande, aunque ligeramente menor ($Q = 0.87$ y $Q = 0.81$). Esto nos indica que tras la conducta objetivo los terapeutas aplican ambos tipos de reforzadores positivos (con una gran asociación) en los tres grupos.

Por otro lado, cuando se estudia la conducta objetivo como conducta dada y las diferentes operaciones motivadoras como conductas condicionadas (con un *Lag -1*), encontramos que prácticamente estas asociaciones son significativas y positivas en todos los casos, salvo en el grupo de éxito y la relación entre conducta objetivo y operaciones motivadoras de emparejamiento, que no es significativa. La relación es grande en 6 casos, mediana en 2 y pequeña en uno. Esto significa que tras emitir los terapeutas estas Operaciones motivadoras, el cliente suele responder con verbalizaciones de conducta objetivo.

En resumen, el terapeuta discrimina mediante las OM las conductas objetivo en todos los casos, y además siempre que el cliente emite dichas conductas las refuerza.

Tabla 9

Resultados del Análisis entre la Conducta Objetivo con las Operaciones Motivadoras y Reforzadores Positivos en cada grupo.

Conducta dada/condicionada (retardo)	Éxito	Éxito Parcial	Fracaso
Objetivo/OMI (Lag-1)	19.53* 0.63	19.78* 0.74	21.14* 0.73
Objetivo/OMC (lag-1)	6.23* 0.45	19.78* 0.74	4.11* 0.37
Objetivo/OME (Lag-1)	1.87 0.31	3.41* 0.69	4.76* 0.56
Objetivo/Reforzador Positivo Alto (Lag +1)	25.56* 0.97	22.25* 0.97	17.61* 0.87
Objetivo/Reforzador Positivo Bajo (Lag +1)	29.78* 0.93	24.68* 0.91	14.85* 0.81

Nota. OMI = Operación motivadora con información clínica; OMC = Operación motivadora con consecuentes; OME = Operación motivadora con emparejamiento; Ref+Alto = Reforzador positivo alto; Ref+Bajo = Reforzador positivo bajo.

Valor de cada celda: residuos ajustados (z)/Q de Yule

* $p \leq 0.01$

Hipótesis 2: En los casos de fracaso, las verbalizaciones conducta problema irán precedidas por operaciones motivadoras e irán seguidas de reforzadores positivos en mayor medida que en los casos de exitosos (éxito y éxito parcial).

Para trabajar la segunda hipótesis se han realizado al igual que en la primera hipótesis los análisis secuenciales correspondientes entre conducta problema (conducta dada) y operaciones motivadoras y reforzadores positivos (conducta condicionada) (Tabla 10).

En primer lugar, cuando analizamos la relación entre operaciones motivadoras y conducta problema (lag-1), vemos que esta solo es significativa en los grupos de éxito parcial y fracaso y solo con las operaciones motivadoras con información clínica, en las que en el grupo de éxito parcial la asociación es de $Q = 0.32$ (media) y en la de fracaso $Q = 0.2$ (pequeña). Estos datos significan que tras las OM del terapeuta, por lo general el cliente no emite verbalizaciones de conducta problema.

Por otra parte, al analizar la relación entre la conducta problema y los reforzadores positivos (Lag+1) encontramos en total 3 casos significativos y 3 que no lo son. En el grupo de Éxito la relación es siempre significativa, siendo con los reforzadores positivos altos la relación de $Q = -0.83$ (fuerte) y con los reforzadores positivos bajos $Q = -0.38$ (media); en el grupo de éxito parcial no hay relaciones significativas; y en el grupo de Fracaso encontramos una relación significativa entre las conductas problema y los reforzadores positivos bajos con $Q = 0.29$ (pequeña). Estos resultados indican que en los casos de éxito, los terapeutas no refuerzan las conductas problemas (la relación es negativa), pero en los casos de fracaso existe una pequeña relación positiva entre conducta problema y reforzador positivo bajo, indicando que, aunque de forma débil, refuerzan estas verbalizaciones.

Resumiendo, el terapeuta no discrimina a través de OMs las conductas problema del cliente en los casos de éxito (de hecho, la relación es siempre negativa); mientras que en los casos de éxito parcial y fracaso, las OM con información clínica sí discriminan este tipo de verbalizaciones por parte del cliente. Respecto a la actuación del terapeuta tras emitir el cliente Conductas Problema, este no las refuerza de forma significativa en los casos de éxito (y la relación es además negativa), así como tampoco parece hacerlo en los casos de éxito parcial; pero en los casos de fracaso, sí aparece una relación débil y significativa que indica que tras estas conductas problema, el terapeuta las refuerza mediante reforzadores positivos bajos.

Tabla 10

Resultados del Análisis entre la conducta problema con las Operaciones Motivadoras y Reforzadores Positivos en cada grupo

Conducta dada/condicionada (retardo)	Éxito	Éxito Parcial	Fracaso
Problema/OMI (Lag-1)	-1.07	4.53*	3.42*
	-0.08	0.32	0.2
Problema/OMC (lag-1)	-0.66	-0.39	-1.8
	-0.11	-0.06	-0.29
Problema/OME (Lag-1)	-1.75	-0.13	-0.81
	-1	-0.07	-0.19
Problema/Reforzador Positivo Alto (Lag +1)	-4.14*	-1.63	2.03
	-0.83	-0.32	0.21
Problema/Reforzador Positivo Bajo (Lag +1)	-3.12*	-0.7	2.92*
	-0.38	-0.09	0.29

Nota. OMI = Operación motivadora con información clínica; OMC = Operación motivadora con consecuentes; OME = Operación motivadora con emparejamiento; Ref+Alto = Reforzador positivo alto; Ref+Bajo = Reforzador positivo bajo.

Valor de cada celda: residuos ajustados (z)/Q de Yule

* $p \leq 0.01$

Discusión

Tras analizar los datos, podemos extraer diferentes conclusiones que nos ayuden a discutir cada hipótesis.

En primer lugar, al aplicar la prueba de independencia comprobamos que las variables conducta del cliente y conducta del terapeuta son dependientes entre sí, lo que significa que la conducta del terapeuta depende de lo que ha dicho el cliente previamente y la conducta del cliente depende de lo que le diga previamente el terapeuta, algo que se corresponde con lo encontrado en otros trabajos (Ruiz-Sancho, 2011).

En cuanto a la **Hipótesis 1** se afirmaba que en los casos exitosos (éxito y éxito parcial) se encontraría que las verbalizaciones de conducta objetivo irían precedidas por operaciones motivadoras y seguidas de reforzadores positivos en mayor medida que los casos de fracaso. Los resultados nos muestran cómo podemos ver en la Tabla 9 que tanto en los casos de éxito, como éxito parcial o fracaso esto no se cumple, ya que en prácticamente todos los grupos la asociación es significativa y positiva (siendo la menor de $Q = 0.37$ en el grupo de fracaso y entre la conducta OMC y conducta objetivo y las mayores de $Q = 0.97$ en los grupos de éxito y éxito parcial respectivamente, entre las conductas objetivo y reforzador positivo alto). La única excepción la encontramos en el grupo de éxito y entre las conductas OME y conducta objetivo, donde aunque la relación es positiva de forma débil, ($Q = 0.31$) el estadístico ($z = 1.87$) no es significativo, lo que indica que la conducta no se da más de lo esperado por azar.

Por esto, no podemos mantener la **hipótesis 1**, pues tanto en los grupos de éxito como en los grupos de fracaso la conducta objetivo del cliente va precedida por operaciones motivadoras y seguida de reforzadores positivos altos y bajos.

Respecto a la **Hipótesis 2**, esta afirmaba que en los casos de fracaso se vería que las verbalizaciones de conducta problema irían precedidas por OM y seguidas de reforzadores positivos, en mayor medida que los casos de éxito y éxito parcial. Tras obtener los análisis secuenciales (ver Tabla 10) hemos podido comprobar que, en primer lugar, en dos grupos sí vemos que de forma significativa existe relación entre las OMI y la conducta problema del cliente: en el grupo de fracaso se encuentra una asociación pequeña ($Q = 0.2$); y de forma similar en el grupo de éxito parcial se da una relación significativa positiva media ($Q = 0.32$), mientras que en el grupo de éxito esta asociación es prácticamente nula y no significativa. Además, en cuanto a la relación entre conducta problema y reforzadores, vemos que en el grupo de Éxito dicha relación

es significativa y negativa tanto en reforzadores positivos altos como bajos ($Q = -0.83$ y $Q = -0.38$ respectivamente), por lo que el terapeuta no refuerza estas verbalizaciones; y por el contrario, en el grupo de fracaso sí hallamos una relación significativa y positiva entre la conducta problema y los reforzadores positivos bajos ($Q = 0.29$), siendo esta pequeña. En este mismo grupo también es interesante que entre la conducta problema y los reforzadores positivos altos la asociación, aunque no es significativa, es positiva y pequeña ($Q = 0.21$). En cuanto al grupo de éxito parcial, las relaciones no son tampoco significativas entre conducta problema y reforzadores positivos altos o bajos, pero la asociación si es negativa ($Q = -0.32$ y $Q = -0.09$).

Con esta información, se debe afirmar en primer lugar que la **hipótesis 2** no se cumple, pues la conducta problema solo va precedida de forma significativa por las OMI en los grupos de fracaso y éxito parcial (algo que se aleja de la hipótesis), mientras que en el grupo de éxito esta asociación no es ni siquiera significativa. Respecto a las OMC y OME, en todos los grupos las asociaciones son no significativas. Por otra parte respecto a los reforzadores positivos, se encuentra que en el grupo de éxito la conducta problema no va seguida de estos (ni altos ni bajos) de forma significativa, al igual que en el grupo de éxito parcial. Sin embargo, en el grupo de fracaso sí observamos que la conducta problema es seguida de reforzadores positivos bajos de forma significativa (aunque de reforzadores positivos altos no lo es). Estos últimos datos destacan ya que resulta curioso que el terapeuta refuerce la conducta problema.

En resumen, no se cumple ninguna de las dos hipótesis planteadas pero se encuentran datos interesantes (como el hecho de que los terapeutas refuercen la conducta problema del cliente) que pueden orientar futuras líneas de investigación. Es posible que estos resultados se deban a otras variables intervinientes que no se han tenido en cuenta y por lo tanto sería necesario un análisis más profundo.

Finalizado este apartado de discusión de las hipótesis, parece interesante prestar atención a otros datos obtenidos (ver Tablas 6, 7 y 8) que no estaban relacionados con estas, como son aquellos que relacionan la conducta objetivo y problema del cliente con los reforzadores negativos que aplica el terapeuta.

En el grupo de éxito encontramos que por un lado, cuando la conducta dada es la conducta objetivo y la condicionada son los reforzadores negativos ($Lag + I$), la asociación es totalmente negativa ($Q = -1$ en ambos) aunque solo significativa en los reforzadores negativos bajos. Esto significa que los terapeutas no aplican jamás tras la emisión de conductas objetivos reforzadores negativos. Por otro lado, cuando la conducta dada es la problema y la condicionada los reforzadores negativos (alto y bajo) ($Lag + I$) la

asociación es totalmente positiva ($Q = 1$ en ambos) y significativa, por lo que parece que los terapeutas siempre castigan la emisión de conducta problema.

En el grupo de éxito parcial los resultados son muy similares: cuando la conducta dada es la conducta objetivo y la condicionada los reforzadores negativos ($Lag + I$) la asociación es nuevamente totalmente negativa ($Q = -1$ en ambos) y significativa solo en el caso de los reforzadores negativos bajos, significando nuevamente que los terapeutas no administran este tipo de reforzadores tras la conducta objetivo del cliente. De nuevo e igual que en el grupo de éxito, si la conducta dada es problema y la condicionada son los reforzadores negativos ($Lag + I$), la asociación es prácticamente positiva ($Q = 0.99$) y significativa en ambos. EL terapeuta continúa aplicando reforzadores negativos tras la emisión de verbalizaciones de conducta problema del cliente.

Por último, ante el grupo de fracaso, si la conducta dada es objetivo y la condicionada reforzadores negativos ($Lag+1$) no encontramos ninguna relación significativa, pero la asociación es negativa con reforzadores negativos altos y positiva con reforzadores negativos bajos.

Si la conducta dada es la conducta problema y la condicionada nuevamente los reforzadores negativos ($Lag+I$), las asociaciones son positivas y significativas con reforzadores negativos altos ($Q = 0.98$) y bajos ($Q = 0.85$).

Los terapeutas en estos casos están aplicando reforzadores negativos a las conductas problemas al igual que en los casos de éxito.

Conclusiones

Este trabajo nos puede mostrar diferentes aspectos y conclusiones.

Por un lado, aunque no se hayan cumplido las hipótesis, sí hay algunos datos que parecen indicar que hay diferencias en el comportamiento del terapeuta durante la psicoterapia en función de si esta ha resultado exitosa o no, por lo que es una futura línea de investigación que debería seguir desarrollándose. Además, sería interesante emplear otro tipo de diseños como los experimentales para cerciorarse de cuales comportamientos específicos de la conducta verbal del terapeuta afectan al éxito terapéutico.

Especialmente llamativo es el hecho de que en el grupo de fracaso se vio que los terapeutas reforzaron la conducta problema del cliente, lo que incita a preguntarse sobre este fenómeno y si es posible que este reforzamiento este relacionado de forma causal con que los clientes no alcancen el éxito en el contexto clínico.

Otro aspecto interesante es que es posible relacionar estos resultados con el modelo *Scientist-practioner* (Dorsey y Harper, 2018) pues como se ha comentado, en los casos de fracaso se ve que el

terapeuta tiende a reforzar ligeramente la conducta problema, lo que destaca la necesidad de conocer el por qué ocurre este fenómeno y poder desarrollar así mejores entrenamientos para que futuros terapeutas no lleven a cabo dicho reforzamiento. Es un pequeño avance en el desarrollo de mejores prácticas para los terapeutas en formación.

Asimismo y como ya se ha mencionado en la discusión, sería interesante realizar investigaciones similares a este trabajo en las que se valorase la influencia de otras variables que puedan haber interferido en los resultados, como la experiencia de los terapeutas o la habilidad para detectar en sesión las conductas objetivo y problema (y consecuentemente, aplicar los reforzadores adecuados).

Finalmente, este trabajo abre otras líneas de investigación orientadas a seguir avanzando en los estudios de investigación sobre la relación entre procesos de cambio y resultados en la psicoterapia (eficacia y efectividad) que permitan identificar aquellos procesos que facilitan, aceleran o logran el beneficio terapéutico y aquellos que lo dificultan, ralentizan o impiden.

Limitaciones

Por último, respecto a las limitaciones que podemos encontrar en este trabajo destacaría las siguientes.

Primero, que aunque la cantidad de datos es muy amplia, sería interesante aumentar el número de casos con los que se trabaja para conocer en muestras mayores si estos resultados se replican.

Además sería positivo tener en cuenta otras medidas de éxito para poder correlacionar lo que el cliente dice con lo que hace (Meyer y Oshiro, 2019), aunque los datos subjetivos sobre el propio bienestar son lo más importante para pautar el éxito en un contexto clínico.

Referencias

- Alonso-Vega, J., de Prado-Gordillo, M. N., Pereira, G. L., y Froján-Parga, M. X. (2019). El tratamiento de Enfermedades Mentales Graves desde la investigación de procesos. *Conductual*, 7(1), 44–65.
https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Nunez-De-Prado-Gordillo/publication/339310519_El_tratamiento_de_Enfermedades_Mentales_Graves_desde_la_investigacion_de_procesos/links/5e4a999ea6fdccd965ac9a53/El-tratamiento-de-Enfermedades-Mentales-Graves-desde-la-investigacion-de-procesos.pdf
- Bakeman, R., y Quera, V. (2016). *Generalized Sequential Quierier (GSEQ): A program for analyzing sequential data*. (versión 5.1.23). [software] <https://www.mangold-international.com/en/products/software/gseq>
- Braakmann, D. (2015). Historical Paths in Psychotherapy Research. En O. Gelo, A. Pritz, y B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome* (pp. 39–67).
- COP. (1998). Psicología clínica y de la salud. En COP (Ed.), *Perfiles Profesionales del Psicólogo* (pp. 22–56).
- de Pascual-Verdú, R., y Trujillo Sánchez, C. (2018). Estudio de la relación entre las verbalizaciones motivadoras y el seguimiento de instrucciones en la terapia psicológica. En *Clínica Contemporánea* (Vol. 9, Issue 2, pp. 1–11). <https://doi.org/10.5093/cc2018a11>
- de Pascual-Verdú, R., Trujillo Sánchez, C., Gálvez Delgado, E., Andrés López, N., Castaño Hurtado, R., y Froján-Parga, M. X. (2019). Sistema ACOVEO: una propuesta funcional para el análisis de la interacción verbal en terapia. En *Conductual* (Vol. 7, Issue 2).
[https://explore.openaire.eu/search/publication?articleId = od_____2995::a0ad26469fc66158dd14468b9763b8f8](https://explore.openaire.eu/search/publication?articleId=od_____2995::a0ad26469fc66158dd14468b9763b8f8)

- Dorsey, M. F., y Harper, J. M. (2018). Toward the Scientist Practitioner Model in Applied Behavior Analysis: Examples of a Science-Based Practice. *Education y Treatment of Children*, 41(3), 273–275. <https://doi.org/10.1353/etc.2018.0013>
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123–135.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319–324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>
- Froxán-Parga, M. X. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana, concepto, metodología y aplicaciones*. Pirámide.
- Froxán-Parga, M. X., Alonso-Vega, J., SÁNCHEZ, C. T., y MUÑOZ, V. E. (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.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4.
- Hardy, G. E., y Llewelyn, S. (2015). *Introduction to Psychotherapy Process Research* (O. C. G. Gelo, A. Pritz, y B. Rieken, Eds.; pp. 183–195). <https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0>
- Haynes, S. N., y O'Brien, W. H. (2000). Basic Concepts of Causation. En S. N. Haynes y W. H. O'Brien (Eds.), *Principles and Practice of Behavioral Assessment* (pp. 159–170). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-306-47469-9_9
- Hollon, S. D. (1999). Allegiance effects in treatment research: A commentary. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 107–112. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.1.107>
- Jacobson, N. S. (1996). A Component Analysis of Cognitive-Behavioral Treatment for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295–304. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.64.2.295>

- Lambert, M. J. (1999). Are differential treatment effects inflated by researcher therapy allegiance? Could clever Hans count? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1).
<https://doi.org/10.1093/clipsy.6.1.127>
- Luborsky, L. (1975). Comparative Studies of Psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J. S., y Schweizer, E. (1999). The Researcher's Own Therapy Allegiances: A "Wild Card" in Comparisons of Treatment Efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 95–106.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1093/clipsy.6.1.95>
- Márquez-González, M. (2011). *Investigación de la eficacia terapéutica: el movimiento de las terapias con apoyo empírico (TAE) o empíricamente validadas*. [Trabajo no publicado]
- Meyer, S. B., y Oshiro, C. K. (2019). Linha de pesquisa "delineamento experimental de caso-único em sessões de psicoterapia": decisões metodológicas. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 10(1), 64–75. <https://doi.org/10.18761/PAC.TAC.2019.014>
- Michael, J. (1993). Establishing Operations. *The Behavior Analyst*, 16(2), 191–206.
<https://doi.org/10.1007/BF03392623>
- Pardo Merino, A., y San Martín, R. (2015). 3. Inferencia con dos variables categóricas. En *Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud: Vol. II* (2ª ed.). Síntesis.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C., y Amigo Vázquez, I. (2013). *El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos. Análisis de la situación actual* (M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez, y I. Amigo Vázquez, Eds.; 1 ed. edición, pp. 12–32). Ediciones Pirámide. <http://leo.um.es/Record/Xebook1-1027>

- Rhodes, P. (2012). Why clinical psychology needs process research: An examination of four methodologies. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(4), 495–504. <https://doi.org/10.1177/1359104511421113>
- Ruiz-Sancho, E. M. (2011). *Una aproximación funcional al estudio de la interacción verbal en terapia* [Universidad Autónoma de Madrid]. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/6675>
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965.
- Smink, W. A. C., Fox, J.-P., Sang, E. T. K., Sools, A. M., y Westerhof, G. J. (2019). Understanding Therapeutic Change Process Research Through Multilevel Modeling and Text Mining. *Frontiers in Psychology*, 10, 1186. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01186>
- Smink, W., Sools, A. M., van der Zwaan, J. M., Wieggersma, S., Veldkamp, B. P., y Westerhof, G. J. (2019). Towards text mining therapeutic change: A systematic review of text-based methods for Therapeutic Change Process Research. *PLOS ONE*, 14(12), e0225703. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225703>
- Wampold, B. E. (2019). How does psychotherapy work? En *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice, 2nd ed.* (pp. 91–117). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000117-005>
- Watson, J. C., y McMullen, E. J. (2016). Change Process Research in Psychotherapy. En K. Olson, R. A. Young, y I. Z. Schultz (Eds.), *Handbook of Qualitative Health Research for Evidence-Based Practice* (Vol. 4, pp. 507–525). Springer New York. <https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2920-7>
- Xavier, G. S., Espíndola, P. S., Córdova, L. F., y da Silva, N. N. F. M. (2017). Método Reno: uma proposta para análise comportamental do discurso. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 8(1), 120–134. <https://doi.org/10.18761/pac.2016.037>

Anexo I

SUBSISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL DEL TERAPEUTA: S-ACOVEO-T

Estímulos antecedentes

Verbalizaciones del terapeuta que preceden a la respuesta del cliente.

- **Discriminativo:** verbalizaciones del terapeuta que evocan una respuesta en el cliente que puede ser reforzada.
- **Elicitor:** verbalizaciones del terapeuta que elicitan una respuesta emocional manifiesta en el cliente.

Estímulos consecuentes

Verbalizaciones del terapeuta que siguen a la respuesta del cliente.

- **Reforzador positivo:** verbalizaciones del terapeuta que aumentan la probabilidad de aparición futura de una respuesta del cliente con la que mantiene una contingencia positiva o que la reducen si la contingencia es negativa.
- **Reforzador negativo:** verbalizaciones del terapeuta que aumentan la probabilidad de aparición futura de una respuesta del cliente con la que mantiene una contingencia negativa o que la reducen si la contingencia es positiva.

Operaciones motivadoras

Secuencias verbales del terapeuta que hacen más o menos probable la ocurrencia de alguno de los elementos de la cadena conductual del cliente. Incluye las operaciones motivadoras de establecimiento y las de abolición:

- **Operación motivadora con información clínica:** la alteración de la probabilidad de ocurrencia de la respuesta del cliente se relaciona con una verbalización del terapeuta que transmite conocimiento psicológico (técnico o clínico) de manera neutra.
- **Operación motivadora con consecuencias:** la alteración de la probabilidad de ocurrencia de la respuesta del cliente se relaciona con una verbalización del terapeuta que explicita las consecuencias apetitivas o aversivas que tendrá para el cliente la ejecución de dicha respuesta (real o hipotética).
- **Operación motivadora con emparejamiento:** la alteración de la probabilidad de ocurrencia de la respuesta del cliente se relaciona con una verbalización del terapeuta que define una conducta, evento o situación en términos apetitivos o aversivos y los pone en relación con ellos.

SUBSISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL DEL CLIENTE: S-ACOVEO-C

- **Proporcionar información.** Verbalización a través de la cual el cliente trata de proporcionar al terapeuta información para la evaluación y/o el tratamiento.

- **Solicitar información.** Verbalización a través de la cual el cliente pregunta, formula un comentario y/o realiza una petición de información al terapeuta.
- **Aceptación.** Verbalización del cliente que muestra acuerdo, aceptación y/o admiración ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta.
- **Desacuerdo.** Verbalización del cliente que indica desacuerdo, desaprobación y/o rechazo ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta.
- **Logro.** Verbalizaciones del cliente que señalan la consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la consecución del mismo.
- **Fracaso.** Verbalizaciones del cliente que señalan la no consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la no consecución del mismo.
- **Bienestar.** Verbalizaciones del cliente que hacen referencia a un estado de satisfacción o felicidad o a la anticipación de este bienestar.
- **Malestar.** Verbalizaciones del cliente que hacen referencia al padecimiento de malestar debido a sus conductas problema o a la anticipación de este malestar.
- **Seguimiento de instrucciones.** Verbalizaciones del cliente que implican un seguimiento total o parcial, dentro o fuera de sesión, así como la anticipación o el seguimiento en tiempo real de las instrucciones presentadas por el terapeuta.
- **No seguimiento de instrucciones.** Verbalizaciones del cliente que implican el no seguimiento dentro o fuera de sesión, así como la anticipación o el no seguimiento en tiempo real de las instrucciones presentadas por el terapeuta.
- **Explicación funcional.** Verbalizaciones del cliente que hacen referencia a las explicaciones funcionales que el mismo da acerca de su conducta, así como las explicaciones funcionales que da acerca de su propio problema y/o su solución.
- **Pseudoexplicación.** Verbalizaciones del cliente que hacen referencia a explicaciones erróneas que el mismo da acerca de su problema y la conducta relacionada, sirviendo las mismas, en muchas ocasiones, para justificar su propio comportamiento y evitar del cambio requerido en sesión.
- **Evitación y escape.** Verbalizaciones del cliente que hacen referencia a conductas de escape y/o evitación de situaciones, personas y/o estímulos que, según el análisis funcional del terapeuta, deberían de estar presentes en el contexto del cliente.
- **Reacción emocional.** Emisión por parte del cliente de una respuesta emocional.

Anexo II

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador responsable: María Xesús Froxán Parga, Doctora en Psicología. Universidad Autónoma de Madrid
Email: mxesus.froxan@uam.es

Título del proyecto: Estudio de la relación entre el éxito terapéutico y procesos de cambio mediante el análisis de la conducta verbal.

Este documento intenta explicar todas las cuestiones relativas a las grabaciones que, dado el caso, se llevarán a cabo. Léalo atentamente y consulte con el psicólogo todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, con el objetivo de garantizar que se respetan sus derechos, usted tendrá que firmar el consentimiento informado para que podamos realizar las grabaciones. En caso de que no dé su consentimiento, los datos no serán recabados ni utilizados. La participación en este estudio es completamente voluntaria y su negativa a participar no conllevará la pérdida de beneficio alguno.

Grabación de sesiones clínicas

Usted tiene derecho a ser informado de cualquier grabación que se realice de las sesiones clínicas en las que participe. Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a las grabaciones que, dado el caso, se realizarían de estas sesiones. Léalo atentamente y consulte con el psicólogo todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, usted tendrá que firmar el consentimiento informado para que podamos realizar las grabaciones y, en caso de que no dé su consentimiento, estas grabaciones nunca serán tomadas. La participación en este estudio es completamente voluntaria y su negativa a participar no conllevará la pérdida de beneficio alguno en el tratamiento psicológico.

1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN EN MARCHA

Desde la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid se está llevando a cabo un proyecto de investigación para el análisis de las variables asociadas al cambio de conducta en terapia. El objetivo último de esta investigación es la identificación de los factores relacionados con el cambio en la clínica en un intento por comprender mejor el fenómeno terapéutico. Para ello se analizará fundamentalmente el comportamiento verbal del psicólogo, con el fin de estudiar la interacción entre el psicólogo y la persona que recibe tratamiento psicológico, pero nunca se juzgará o valorará el comportamiento de la persona que recibe tratamiento psicológico. Sólo con un estudio riguroso, sistemático y, en definitiva, científico, estaremos en disposición de entender qué elementos están relacionados con el éxito y el fracaso en terapia y será posible idear formas de mejorar la actuación de los psicólogos en la clínica, pudiendo así ofrecer un mejor servicio a todas aquellas personas que soliciten su ayuda. Para que este proyecto pueda llevarse a cabo, se

hace imprescindible la colaboración de terapeutas y clientes que nos permitan el estudio del proceso terapéutico en el que se van a ver inmersos. Por este motivo, nos gustaría solicitar su consentimiento para poder llevar a cabo la observación de la terapia que está a punto de iniciar.

2. PROCEDIMIENTO DE GRABACIÓN

La grabación se realizará, en caso de obtener su consentimiento, a través de un circuito cerrado de cámara y vídeo instalado en el centro. Durante la grabación de las sesiones clínicas únicamente se enfocará al terapeuta, por lo que su imagen nunca será grabada, si bien tanto su voz como la del psicólogo podrán ser escuchadas.

3. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Las grabaciones serán utilizadas únicamente con fines de investigación y solamente por parte del personal investigador que forma parte del proyecto, guardándose siempre las grabaciones en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información. Al realizar el análisis de datos, en ningún caso se harán públicos los datos relativos a la identidad ni otros datos personales de la persona que recibe tratamiento psicológico, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

4. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si, en el caso de consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la terapia o tras ésta usted desea dejar de colaborar en nuestra investigación, le rogamos que nos lo comunique e inmediatamente se dejarán de grabar las sesiones y/o se destruirán todos los vídeos existentes y/o registros derivados de la observación de los mismos. Esto no supondrá en ningún caso perjuicio alguno para el tratamiento psicológico que usted esté recibiendo.

5. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dña. he leído el documento de consentimiento informado que me ha entregado el/la psicólogo/a Don/Dña., he comprendido las explicaciones que éste/a me ha facilitado acerca de la investigación que se está llevando a cabo en la Universidad Autónoma de Madrid y el/la psicólogo/a me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de investigación.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO que se realicen las grabaciones de las sesiones clínicas que ahora comienzo y que sean utilizadas para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

En Madrid, a de de 20... Firmado:

Don/Dña. _____ (El/la cliente)

Yo, Don/Dña....., declaro que he discutido el contenido de este documento de consentimiento informado con el /la arriba firmante.

Firma del psicólogo/a:

Don/Dña. _____

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

INVESTIGADORES RESPONSABLES Y DATOS DE CONTACTO:

María Xesús Froxán Parga, Doctora en Psicología. Universidad Autónoma de Madrid
Email: mxesus.froxan@uam.es

TÍTULO DEL PROYECTO: Estudio de la relación entre el éxito terapéutico y procesos de cambio mediante el análisis de la conducta verbal.

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Objetivos

El presente estudio se enmarca dentro de un proyecto de investigación más amplio que tiene como objetivo la identificación de los factores relacionados con el cambio en la clínica en un intento por comprender mejor el fenómeno terapéutico. Para ello se analizará fundamentalmente el comportamiento verbal del psicólogo, con el fin de estudiar la interacción entre el psicólogo y la persona que recibe tratamiento psicológico, pero nunca se juzgará o valorará el comportamiento de la persona que recibe tratamiento psicológico. Sólo con un estudio riguroso, sistemático y, en definitiva, científico, estaremos en disposición de entender qué elementos están relacionados con el éxito y el fracaso en terapia y será posible idear formas de mejorar la actuación de los psicólogos en la clínica, pudiendo así ofrecer un mejor servicio a todas aquellas personas que soliciten su ayuda. Para que este proyecto pueda llevarse a cabo, se hace imprescindible la colaboración de terapeutas y clientes que nos permitan el estudio del proceso terapéutico en el que se van a ver inmersos. Por este motivo, nos gustaría solicitar su consentimiento para poder llevar a cabo la observación de la terapia que está a punto de iniciar.

Para que este proyecto pueda llevarse a cabo, se hace imprescindible la colaboración de personas que quieran participar en el programa y, al mismo tiempo, nos permitan analizar los resultados de su participación.

Duración:

La participación en el estudio tendrá la misma duración que tenga el tratamiento psicológico que cada usuario requiera (y que no se puede predecir antes del comienzo del tratamiento psicológico).

Las sesiones del estudio se incluyen dentro de las sesiones de terapia, y forman parte de la misma, ayudando a avanzar en la evaluación y en el tratamiento psicológico siempre acordes a los objetivos terapéuticos planteados.

Participación voluntaria y compensación económica

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su psicólogo o con el Centro, ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento. Si en algún momento decide cesar su participación, le rogamos que nos lo comunique y a partir de ese momento se dejarán de utilizar sus datos con fines de investigación. Además, debe saber que no recibirá compensación económica por su participación y que ésta no le supondrá ningún gasto adicional al propio tratamiento psicológico.

Cómo se preserva la confidencialidad:

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de investigación y solamente por parte del personal investigador que forma parte del proyecto, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la ley de protección de datos (LO 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

De acuerdo con el protocolo de actuación del Instituto Terapéutico de Madrid (ITEMA), todas las sesiones de intervención psicológica son grabadas, tal y como se describe en el documento de información y consentimiento destinado a tal fin que se entrega a todos los usuarios del centro. Estas grabaciones se utilizarán también para la presente investigación, siempre garantizando que la cámara enfoca directamente al rostro del terapeuta y no a la del cliente.

Al realizar el análisis de datos, únicamente se utilizará la información sobre sus datos socio-demográficos (edad, sexo, nivel educativo y situación laboral) y en ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

Con quién puedo contactar para cualquier duda:

María Xesús Froxán Parga, Doctora en Psicología. Universidad Autónoma de Madrid
Email: mxesus.froxan@uam.es

HOJA DE CONSENTIMIENTO

Declaro:

1. Que he leído y entendido toda la información oral y escrita en relación a la participación en el citado proyecto.
2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio.
3. He tenido la oportunidad de debatir y preguntar sobre dicha información y he recibido las respuestas adecuadas por parte de alguno de los miembros del equipo investigador encargado de este estudio.
4. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y soy consciente que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga dar explicación alguna.
6. Doy mi consentimiento a la utilización de los datos obtenidos en congresos y/o publicaciones. La Dirección de la investigación garantiza en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre que toda la información que se obtenga será utilizada exclusivamente para la consecución de los objetivos del proyecto de investigación, asegurándose la más absoluta confidencialidad de los datos de los participantes en el estudio.

En....., a..... de..... De 20.....

Firmado:

Don/Dña. _____

(El/la participante)

Investigador principal: María Xesús Froxán



