

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Departamento de Psicología Biológica y de la Salud**

**Programa de doctorado: Psicología Clínica y de la Salud**

**Universidad Autónoma de Madrid**



**TESIS DOCTORAL**

***ESTUDIO DE LAS INSTRUCCIONES DURANTE LA INTERACCIÓN  
TERAPÉUTICA***

**AUTOR: Carlos Alberto Marchena Giráldez**

**DIRECTORAS: María Xesús Froxán Parga y Ana Calero Elvira**







*A MI HERMANA ELI...  
por saber hacer tan bien de segunda madre...*

*A MIS PADRES...  
por haber contribuido fortuitamente a ser quien soy...*

*A PABLO...  
por quererme tanto y tan bien...*

*A MARÍA XESÚS Y ANA...  
por su dedicación, entrega y paciencia...*



## AGRADECIMIENTOS

Nunca pensé que me encontraría redactando los agradecimientos de mi tesis. Siempre pensé que sería algo que nunca llegaría, como cuando uno tiene un sueño de esos en los que huye temeroso de algo, pero el viento azota tan fuerte que le impide avanzar. Y aunque durante la tesis hay momentos que se asemejan al del sueño, en la realidad te acompañan personas que, de alguna manera, paran el viento.

... A María Xesús y Ana, porque me han demostrado que nadie enseña tan bien mediante instrucciones como vosotras. Gracias porque con vuestra dedicación me habéis enseñado a ser paciente y a “estar” en la ciencia de una forma que no sólo me ha ayudado a aprender, sino también a ver las cosas que me quedan por aprender.

... A Javi por ser casi como un director de tesis en la sombra, pero a la vez personal del servicio de investigación, evaluador de la ANECA, metodólogo, chamán y, sobre todo, apoyo moral. Por Tailandia y los que están por venir.

... A Elena, porque de forma inintencionada ha sido un modelo a seguir sobre cómo llevar este proceso y no morir en el intento. Y porque sus chistes no sólo favorecen el camino, sino que hacen que comer queso y beber vino sea una actividad muy reforzante.

... A Marta, Miriam y Sandra por darme los mejores años de mi vida como doctorando y por enseñarme que existen más de dos emociones. Os quiero.

... A mis amigos Salva, Javi, Juanbe, Laura, Álex, Sara, Silvia y Cristina, por tantos momentos juntos y los que quedan por venir. Y por enseñarme en ocasiones otra forma de estar en el mundo.

... A los Windfitters Juandi, Albert, Laura, Ale, Isa, Andrés, Carlos, Víctor, Sergio y Alberto, porque han hecho que mis tardes de tesis en Windfit sean un golpe de oxígeno y, sobre todo, porque me han ayudado, sin quererlo, a no desistir en el WOD más duro que he hecho nunca.

... A Rocío, Leti, Elena, Mireya, Lorena, Silvia, Raquel, Jose, Mario, Carlitos, Lisi, Miguel, Jaime y Laura, porque los mejores años de mi vida universitaria fueron gracias a vosotros.

... A Lara y Jonathan, porque la psicología no sólo se escribe en forma de tesis doctoral, sino también en forma de charlas interminables hasta las tantas de la madrugada con un té delante. Gracias por creer en mí.

... A n'en Xavier i na Nieves, perquè vàreu aconseguir que veiés en jo capacitats que mai havia vist. Gràcies per inculcar-me l'interès per la σοφία.

... A mi equipo de investigación antiguo y nuevo: Rebeca, Fran, Ivette, Ricardo y en especial a Nerea, por su esfuerzo y nuestras discusiones sobre las operaciones de establecimiento.

... Gracias a ITEMA y a sus alumnos por contribuir desinteresadamente a la tesis, buscando las sesiones necesarias para los estudios, con lo que ello supone.

... A mi familia: Rosa, Papá, Mamá, Eli, Gabi, Julia, Julián, Carmen, Quique, David y Noe. Creo que poco más hay que decir. Gracias.

... Y a ti. Por estar y ser.



# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> (Versión en castellano).....	1
<b>ABSTRACT</b> (English version).....	3
<b>Capítulo 1: Estudio de la interacción verbal en terapia</b>	
1. La interacción y relación terapéutica: causa y efecto de un mismo fenómeno.....	5
2. Trayectoria de nuestra línea de investigación.....	10
3. La interacción verbal durante la emisión de instrucciones en terapia.....	16
<b>Capítulo 2: Estudio de las instrucciones en el campo experimental</b>	
1. Aprendizaje e instrucciones.....	21
2. De los inicios hasta la actualidad: el <i>statu quo</i> de la investigación experimental de las instrucciones.....	23
2.1. Instrucciones y adquisición de nuevas respuestas.....	24
2.2. Estudios sobre diferentes tipos de instrucciones.....	27
2.3. Interacción entre instrucciones, contingencias y sus propiedades.....	31
2.4. Instrucciones e historia experimental.....	35
2.5. Instrucciones y consecuencias demoradas.....	39
3. Implicaciones de los resultados experimentales en el campo de las instrucciones... ..	42
3.1. La concepción de instrucción como estímulo discriminativo.....	42
3.2. Las instrucciones como <i>motor</i> de nuevas respuestas. Ventajas y desventajas.....	45
3.3. El seguimiento de instrucciones.....	47
4. Relevancia clínica de los principales hallazgos sobre instrucciones.....	49
<b>Capítulo 3: Estudio de las instrucciones de tareas terapéuticas en los tratamientos psicológicos</b>	
1. Las tareas terapéuticas: eje central de las intervenciones psicológicas conductuales.....	57
2. Estudios sobre la instrucción de tareas terapéuticas.....	59
3. Estudios sobre el cumplimiento de las tareas terapéuticas.....	62
3.1. Cumplimiento terapéutico y adhesión a los tratamientos.....	67
3.2. Problemas metodológicos en la evaluación del cumplimiento terapéutico.....	73
4. Las instrucciones de tareas terapéuticas y la revisión del cumplimiento.....	77

## **Capítulo 4: Estudio empírico I: Evolución de las instrucciones y de la evaluación del cumplimiento a lo largo del proceso terapéutico**

1. Introducción.....	87
1.1. Objetivo e hipótesis.....	88
2. Método	
2.1. Participantes.....	89
2.2. Variables e instrumentos.....	93
2.3. Procedimiento.....	96
3. Resultados	
3.1. Distribución de los bloques de instrucciones a lo largo del proceso terapéutico (Hipótesis 1).....	100
3.2. Análisis de la formulación de las instrucciones a lo largo del proceso terapéutico (Hipótesis 2).....	101
3.3. Análisis de la forma de revisar el cumplimiento de las tareas instruidas a lo largo del proceso terapéutico (Hipótesis 3).....	108
4. Discusión.....	112

## **Capítulo 5: Estudio empírico II: Estudio de la interacción verbal durante la emisión de instrucciones y la evaluación del cumplimiento terapéutico**

1. Introducción.....	121
1.1. Objetivos e hipótesis.....	122
2. Método	
2.1. Participantes.....	123
2.2. Variables e instrumentos.....	123
2.3. Procedimiento.....	126
3. Resultados	
3.1. Objetivo 1. Análisis de las secuencias verbales durante la emisión de instrucciones y durante la revisión del cumplimiento (Hipótesis 1 y 2)....	127
3.2. Objetivo 2. Análisis del cumplimiento terapéutico asociado a la forma de instruir (Hipótesis 3, 4 y 5).....	130
4. Discusión.....	134

## **Capítulo 6: Estudio empírico III: Diferencias entre terapeutas expertos e inexpertos en la forma de instruir y revisar el cumplimiento**

1. Introducción.....	143
1.1. Objetivo e hipótesis.....	144
2. Método	
2.1. Participantes.....	145
2.2. Variables e instrumentos.....	145

2.3. Procedimiento.....	146
3. Resultados	
3.1. Diferencias en la forma de instruir entre terapeutas expertos e inexpertos (Hipótesis 1).....	147
3.2. Diferencias en la forma de revisar el cumplimiento de las tareas terapéuticas entre terapeutas expertos e inexpertos (Hipótesis 2).....	148
3.3. Diferencias en el Seguimiento de instrucciones en los clientes tratados por terapeutas con diferente grado de experiencia (Hipótesis 3).....	150
4. Discusión.....	150
<b>Capítulo 7: Conclusiones finales.....</b>	<b>155</b>
1. Equivalencia funcional entre diferentes contextos en el estudio de las instrucciones.....	157
2. Instrucciones y cumplimiento como un proceso de aprendizaje.....	159
3. Las instrucciones en los tratamientos psicológicos como estímulos discriminativos.....	162
4. Las instrucciones como verbalizaciones <i>impermeables</i> al paso del tiempo.....	165
5. Limitaciones y posibles mejoras.....	166
6. Perspectivas futuras.....	169
7. Conclusión general (Versión en castellano).....	170
8. General conclusion (English version).....	171
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>173</b>

## ANEXOS

1. Modelo de consentimiento informado
2. Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta y del Cliente en la emisión de Instrucciones y la revisión del cumplimiento (*SISC-INTER-INSTR*)



## RESUMEN

(Versión en castellano)

En la presente tesis doctoral se aborda el estudio de las instrucciones emitidas por los terapeutas durante las intervenciones psicológicas, a través de las cuales, los terapeutas instauran nuevas respuestas en los clientes que permitirá el cambio clínico. A pesar de ser una de las labores más importantes que realizan los psicólogos clínicos durante las intervenciones psicológicas, no es un fenómeno de frecuente interés de los investigadores del campo o bien se estudia mediante una metodología que consideramos insuficiente.

Por ello, el presente trabajo aborda cómo los terapeutas instruyen y revisan el cumplimiento de las tareas terapéuticas. Para estudiar el fenómeno, se llevaron a cabo tres estudios mediante el uso de una metodología que consideramos adecuada para tal fin, la metodología observacional, y dando uso de un instrumento creado para analizar la conducta verbal del terapeuta y del cliente durante la emisión de instrucciones y la revisión del cumplimiento (*SISC-INTER-INSTR*).

En el primer estudio, se analizaron en 19 casos tratados (211 sesiones) cómo los terapeutas instruyen y revisan el cumplimiento de las tareas terapéuticas a lo largo de las fases de la intervención (*Evaluación, Explicación, Tratamiento y Seguimiento*). En un segundo estudio, utilizando la misma muestra del primero, se analizó, por un lado, cómo son las secuencias verbales entre el terapeuta y el cliente cuando se instruyen las tareas terapéuticas y cuando se revisa el cumplimiento de las mismas y, por otro lado, la relación existente entre la forma de instruir del terapeuta y el cumplimiento de las tareas manifestado por el cliente en la siguiente sesión. Finalmente, en un último trabajo se analizaron las diferencias entre terapeutas expertos e inexpertos en la forma de instruir y de revisar el cumplimiento de las tareas terapéuticas, en el que se utilizaron 15 casos tratados (168 sesiones clínicas) y separados según la experiencia del terapeuta.

Los resultados encontrados muestran que mientras la forma de instruir de los terapeutas va cambiando a lo largo del tratamiento, la forma de revisar el cumplimiento se mantiene estable. Por otro lado, se encontró que los terapeutas podrían estar poniendo en marcha procedimientos de aprendizaje con el fin de que el cliente cumpla con las tareas instruidas, tanto mediante el uso de instrucciones, como mediante el manejo de las contingencias; y que, además, la forma de instruir se relaciona con el cumplimiento de las tareas. Finalmente, no se encontraron diferencias en la forma de instruir y revisar el cumplimiento de las tareas entre terapeutas expertos e inexpertos.



## **ABSTRACT**

(English version)

At the present PhD dissertation, we focused on the study of the instructions emitted by the therapists during psychological interventions. This type of verbalizations allows creating new behaviors in the clients' repertoire to achieve clinical change. Despite the fact that instructions are one of the most important tasks performed by therapists, researchers have not been interested enough in the study of this issue or it has been studied with a methodology that we consider insufficient.

For this reason, our work was focused on the study of how therapists instruct and review homework compliance. For this purpose, we carried out three studies with observational methodology, which we consider the most appropriate one. In these studies we used a tool created by our team in order to code the therapist and client verbal behavior in the emission of instructions and in the review of the homework compliance (*SISC-INTER-INSTR*).

In the first study we coded how therapists instruct and review the homework compliance at each phase of the treatment (*Assessment, Explanation, Treatment, Follow-up*) in 19 treated cases (211 sessions). In a second study, we used the same sample as in the first study, and we analyzed how verbal sequences between the therapist and the client are when homeworks are instructed and compliance is reviewed. On the other hand, we also studied the relationship between the way of instructing homework by the therapist and the client's compliance reported in the next session. Finally, in the third study we analyzed the differences between experienced and inexperienced therapists in the way of instructing homework and reviewing the clients' compliance. For the last study we used 15 treated cases (168 clinical sessions), which were divided according to the experience of the therapist.

The results showed that while the way of instructing by therapists change over the course of the treatment, the way of reviewing the compliance remains stable. In the second study, we found that therapists could be conducting learning processes in order to improve the client's compliance with instructions and contingency management. We also found some relationships between the way of instructing and the homeworks compliance by clients. However, no significant differences were found between experienced and inexperienced therapists in the way of instructing and reviewing the homeworks compliance.





## CAPÍTULO 1

# Estudio de la interacción verbal en terapia

### **1. LA INTERACCIÓN Y RELACIÓN TERAPÉUTICA: CAUSA Y EFECTO DE UN MISMO FENÓMENO**

El trabajo del psicólogo clínico con frecuencia se representa de forma equívoca en los medios de comunicación, dando lugar a ideas confusas acerca de los procedimientos terapéuticos. Un ejemplo de ello es el trabajo llevado a cabo por Berenguer y Quintanilla (1994). En esta imagen el terapeuta suele ser asociado a un papel pasivo, de escucha de los problemas psicológicos a través del cual los *cura*, en lugar de un papel de *motor de cambio* quien, como experto en modificación de conducta, enseña a los clientes a modificar ciertos comportamientos durante la interacción verbal. Sin embargo, algo más acertada es la visión sobre la *herramienta* que utiliza para el desempeño de estas funciones, la interacción verbal.

A pesar de su relevancia para el quehacer del psicólogo, el estudio de la interacción terapéutica ha sido frecuentemente ignorado en las investigaciones científicas en psicología por dos motivos: (1) la falta de interés de los propios investigadores en su estudio, cuyos esfuerzos se centran más en estudiar la eficacia de las intervenciones

psicológicas que su proceso, y (2) la conceptualización que muchos investigadores tienen sobre el fenómeno y sobre su relación con la frecuentemente nombrada alianza o relación terapéutica, que ha provocado que se recurran a formas de estudio que no se basan en el análisis de la interacción verbal.

Muchos estudios han demostrado el carácter predictivo que la relación terapéutica tiene sobre los resultados de la intervención (Hovarth, 2001; Martin, Garske y Davis, 2000). De este modo, establecer una buena relación terapéutica se ha convertido en una de las recomendaciones más frecuentes que los manuales sobre habilidades terapéuticas proporcionan. En casos extremos, algunos autores mencionan que, dado que todas las intervenciones psicológicas son eficaces (Lampropoulos, 2000) y que la relación terapéutica es el factor común en todas ellas (Grencavage y Norcross, 1990), ésta debe ser la mayor responsable del éxito terapéutico (Safran y Muran, 1995). De hecho, esta conclusión es la que sustenta los principios básicos de terapias, como por ejemplo la humanista, que asienta sus cimientos en la relación terapéutica como eje central para producir cambios terapéuticos (Rogers, 1957). Sin embargo, a esta supremacía de la relación terapéutica se ha opuesto, de forma casi incompatible, la importancia que otros investigadores dan a las técnicas de intervención para conseguir resultados terapéuticos favorables, provocando que aquellos investigadores – los mayoritarios – interesados en el estudio de la eficacia de las técnicas de intervención no se interesen en la relación terapéutica y viceversa.

Dentro de éstos últimos, los investigadores en modificación de conducta han sido frecuentemente criticados por su interés en las técnicas de intervención más que en la relación terapéutica. Sin embargo, esta caracterización no es del todo acertada, ya que el escepticismo de los analistas de conducta en dicho fenómeno no radicaba en que no la considerasen importante, sino en el uso de concepciones poco operativas – por ejemplo, aceptación incondicional (Rogers, 1957) – que frecuentemente se utilizaban para hablar de ésta y que dificultaban su estudio. Aunque es cierto que el interés de la modificación de conducta en la relación terapéutica fue en aumento, entendiéndola como “bálsamo” que opera junto al eje central del cambio, las técnicas de intervención, también es cierto que las orientaciones que defendían la relación terapéutica como el elemento central del cambio clínico fallaban en sus intentos de explicar su papel en el éxito terapéutico (Follete, Naugle y Callaghan, 1996).

Frente a posiciones extremas en el binomio técnicas de intervención-relación terapéutica, se encuentran trabajos que abogan por un estudio integrado que incorpore tanto el papel de las técnicas de intervención, como el de la relación terapéutica para analizar los resultados de la intervención (Hill, 2005; Santibañez, et al., 2008). Bajo esta idea, el análisis de conducta, asentado en las bases del conductismo radical, analiza la conducta del cliente dentro de sesión, basado en la premisa de que el contexto clínico es un contexto más en el que se manifiestan los problemas del cliente y, por lo tanto, ofrece una oportunidad al terapeuta de modificarlo a través del lenguaje (Kholenberg y Tsai, 1991).

Sin embargo, mientras los procesos de aprendizaje que subyacen a las técnicas de intervención y que promueven el cambio clínico están fuera de toda duda dentro del análisis de la conducta, los procedimientos de aprendizaje que ocurren durante la relación terapéutica y que contribuyen al cambio terapéutico son menos nítidos (Beutler et al., 2004). Este hecho ha provocado que los investigadores se interesen por el estudio de la relación terapéutica, con el fin de analizar aquellos elementos que pueden provocar que un terapeuta sea más eficaz que otro a la hora de establecer una buena relación (Castonguay, Hayes, Goldfried y DeRubeis, 1995; Goldfried, Raue y Castonguay, 1998), y también que permitan establecer cómo una correcta relación terapéutica puede contribuir a un mayor éxito de la terapia.

El estudio de este fenómeno ha sido muy diverso en cuanto a enfoques y niveles de análisis a lo largo de la investigación en el campo psicológico, desde estudios basados en analizar características del terapeuta y del cliente, hasta un análisis más molecular, analizando la conducta más frecuente durante la relación terapéutica, la conducta verbal en terapia<sup>1</sup>. Sin embargo, esta diversidad de enfoques ha propiciado una pluralidad en los resultados, que más que contribuir a un avance en el conocimiento del fenómeno, ha generado un desconcierto general en los terapeutas que dificulta la aplicación sistemática de habilidades que les permitan consolidar una buena relación entre el terapeuta y el cliente (Follete et al., 1996). A su vez, este desconcierto se plasma en la dificultad de encontrar manuales o guías unificadas que ayuden a los terapeutas a saber qué hacer durante las sesiones clínicas para conseguir una relación terapéutica adecuada.

---

<sup>1</sup> Se puede encontrar una revisión exhaustiva y amplia sobre la investigación y la concepción de la relación terapéutica en Ruiz (2011).

Además de esto, como se ha comentado previamente, la mayoría de los estudios muestran una conceptualización inadecuada sobre el estudio de esta cuestión, ya que se basan en el análisis de constructos como, por ejemplo, la empatía o la aceptación, en lugar de centrarse en el análisis de la conducta verbal durante la interacción, a pesar de ser a través de ésta cómo un terapeuta logra ser empático o aceptar a su cliente y, en última instancia, conseguir una buena relación terapéutica. Por lo tanto, desde nuestra perspectiva, estudiar la conducta verbal en terapia se convierte, necesariamente, en el *qué* estudiar de la relación o alianza terapéutica (el objeto) y el estudio momento a momento de las sesiones clínicas en el *cómo* estudiarlo (la forma) (Rosen y Davinson, 2003).

Para estudiar la interacción verbal en terapia momento a momento, los investigadores han creado sistemas de categorización que analizan verbalizaciones del terapeuta y del cliente durante las sesiones clínicas. Por ejemplo, Stiles (1987) creó el *Taxonomy of verbal response mode*; o Hill (1978; 1986) con *The counselor/client Verbal Response Category System*, categorizando la conducta verbal del terapeuta y del cliente basándose en el contenido de las verbalizaciones. A pesar de que no dudamos de la relevancia que tuvieron estas formas de medir la interacción verbal en terapia, su carácter puramente descriptivo y el hecho de que no hayan puesto en relación la conducta del terapeuta con la del cliente, limitan las conclusiones de estos estudios. Esta última limitación, sin embargo, es un elemento definitorio y por lo que merece ser nombrada el sistema de categorización posterior, la *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (Busch, Callaghan, Kanter, Baruch y Week, 2010; Callaghan, Summers y Weidman, 2003; Callaghan, 1998;), mediante la cual se intenta analizar la interacción terapéutica para esclarecer los mecanismos de cambios que ocurren en el cliente promovidos por la conducta del terapeuta dentro de sesión.

Estas formas de analizar la interacción terapéutica son sólo tres ejemplos que ilustran las divergencias existentes en el estudio del fenómeno y los sistemas de categorización utilizados, lo que ha provocado que algunos autores pongan de relieve la necesidad de buscar un marco teórico común, que permita la comparación entre los diferentes sistemas de medidas (Rusell y Stiles, 1979). Desde nuestra perspectiva, este marco teórico debe estar basados en los principios de aprendizaje, por dos motivos: (1) porque permite establecer relaciones funcionales hipotéticas entre el comportamiento del terapeuta y el del cliente, y (2) porque resulta inadecuado asumir que los principios de aprendizaje que operan durante la interacción terapéutica son diferentes que los que

operan cuando el cliente aplica las técnicas de intervención, por lo que utilizar términos de aprendizaje podría facilitar las bases de un estudio unitario del fenómeno.

Con este propósito, en la década de los 60 un equipo de la Universidad de Reno, llevó a cabo una línea de estudio centrada en la conducta verbal en terapia. El equipo de investigación, liderado por Willard Day, utilizó sistemas de categorías basados en la conceptualización de *Conducta Verbal* de Skinner (1957), donde se explica el lenguaje en términos operantes. Sin embargo, esta forma de abordar el lenguaje no prosperó debido a las dificultades que suponía su procedimiento de estudio.

En este sentido, es relevante hacer mención a la *Psicoterapia Analítico Funcional* (Kholeberg y Tsai, 1991), cuya conceptualización del proceso terapéutico es compartida por nuestra línea de investigación. Esta aproximación pertenece a la *tercera ola de terapias* o a las *terapias de tercera generación* y asienta sus bases en el conductismo radical; y su característica principal es el aprovechamiento del contexto terapéutico como un contexto más en la vida del cliente en el que el terapeuta puede moldear comportamientos que serán reproducidos en el contexto extra-clínico, debido a la equivalencia funcional existente entre ambos contextos. Desde esta perspectiva, el terapeuta es responsable de identificar y modificar, mediante el lenguaje, las *conductas clínicamente relevantes* del cliente dentro de sesión, que serán reproducidas fuera de la consulta.

Por lo tanto, bajo la perspectiva en la que se desarrolla el presente trabajo, el estudio de la conducta verbal en terapia vuelve a ser un objeto de interés que merece atención, ya que el contexto clínico representa una oportunidad para los terapeutas de poner en marcha procesos de aprendizaje que se reproducirán fuera del mismo. De este modo, nuestro planteamiento parte de la idea de que la relación terapéutica – interacción terapéutica – y las técnicas de intervención no son elementos opuestos, sino que se encuentran interrelacionados, son dos caras de la misma moneda. Por ello, se asume que, aunque la relación terapéutica es un elemento fundamental para el desarrollo de la intervención psicológica, no es suficiente para provocar cambio clínico si no es porque la interacción permite y facilita la ocurrencia de los procesos de aprendizaje que dan lugar a cambios en la conducta del cliente.

## 2. TRAYECTORIA DE NUESTRA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Algunos autores han hecho mención al potencial del contacto interpersonal como forma de producir cambios de conducta en las personas (Hull y Porter, 1943), sin embargo, las características que diferencian una interacción terapéutica de cualquier otra interacción “cotidiana” no han sido definidas en las publicaciones científicas. Con este propósito, nuestra línea de investigación se ha dedicado en la última década a analizar la interacción verbal durante las sesiones clínicas, basado en una perspectiva analítico funcional, con el fin de analizar los procesos de aprendizaje que ocurren durante las sesiones clínicas y que subyacen al cambio terapéutico (Froján, Montaña y Calero, 2006). Esta línea de investigación no sólo permite establecer una relación entre aquello que hace el terapeuta y la conducta del cliente, sino que permite establecer unas directrices sólidas sobre qué tiene que hacer el terapeuta durante las sesiones clínicas para un buen desempeño de sus funciones.

Para estudiar la interacción terapéutica nuestro equipo ha utilizado desde sus inicios un método de estudio basado en la metodología del equipo de Willard Day, en la Universidad de Reno, previamente nombrada (Froján et al., 2006, Froján et al., 2008). Esta metodología ha supuesto la elaboración de sistemas de categorización de la conducta verbal del terapeuta y del cliente para analizar momento a momento lo que ocurre durante la interacción terapéutica. Todos estos sistemas pasaron por un proceso de depuración y de análisis de la fiabilidad, alcanzando siempre unas adecuadas garantías científicas.

En un primer trabajo se desarrolló un sistema de categorización con las posibles funciones que las verbalizaciones del terapeuta podrían tener en el contexto terapéutico, el *Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT)*. A partir de este sistema se analizó la conducta verbal de numerosos terapeutas a lo largo del desarrollo de multitud de casos clínicos. Los resultados de este primer trabajo mostraron que las verbalizaciones del terapeuta van cambiando a lo largo del proceso terapéutico y que estas modificaciones dependen del objetivo del terapeuta durante las sesiones clínicas (evaluar, explicar, tratar o consolidar), esto es, varían en función de las denominadas *actividades clínicamente relevantes*. Estos resultados establecieron los primeros peldaños de nuestra línea de investigación, ya que sugerían la posible existencia de mecanismos de aprendizaje que pueden estar operando durante la interacción verbal en terapia y que merecían ser estudiados (Montaña, Froján, Ruiz y Virués, 2011).

En un segundo trabajo, se desarrolló un sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta y del cliente durante la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva (Calero, 2009). El sistema fue denominado *Sistema de categorización para el estudio de la interacción terapeuta-cliente durante la aplicación de la reestructuración cognitiva (SISC-INTER-RC)*. Éste, además de contener categorías para las verbalizaciones del terapeuta, ya incluía categorías para las verbalizaciones del cliente y, por lo tanto, permitía analizar la interacción verbal durante los momentos de aplicación de la técnica dentro de sesión. Los resultados del trabajo permitieron confirmar la hipótesis resultante del trabajo anterior para los momentos de aplicación de la reestructuración cognitiva, ya que nos permiten plantear el procedimiento de aplicación del debate socrático como un moldeamiento verbal en terapia, en el cual el terapeuta discrimina verbalizaciones en el cliente que son reforzadas y castigadas diferencialmente con el fin de que aparezcan verbalizaciones adaptativas que se acerquen a los objetivos del debate. Este resultado fue relevante no sólo porque permitió describir el papel que la interacción verbal ejerce al aplicar una técnica concreta, sino también porque permitió esclarecer los principios de aprendizaje, hasta entonces poco investigados, que subyacen a una técnica frecuentemente utilizada por los clínicos (Calero, Froján, Ruiz y Alpañés, 2013; Calero, Froján, Ruiz y Vargas, 2011; Froján y Calero, 2011; Froján, Vargas, Calero y Ruiz, 2010).

Tras estos resultados prometedores, se planteó estudiar si estos mismos mecanismos de aprendizaje ocurrían durante el proceso terapéutico general y no solamente durante la aplicación de una técnica concreta, por lo que se llevó a cabo un estudio en el que analizó la interacción verbal entre el terapeuta y el cliente durante las sesiones clínicas (Froján y Ruiz, 2013; Ruiz, 2011). Para llevar a cabo este estudio, se elaboró el *Sistema de Categorización de la Interacción de la Conducta Verbal en Terapia (SISC-CVT-INTER)*, utilizando como base los previamente nombrados *SISC-CVT* y el *SISC-INTER-RC*. Un resumen de las categorías de este sistema se recoge en la Tabla 1.1. Los resultados del estudio, por un lado, permitieron confirmar los resultados de Montaña (2008), mostrando que la conducta verbal del terapeuta va cambiando a lo largo del proceso terapéutico y que estas modificaciones están relacionadas con las *actividades clínicamente relevantes* del terapeuta dentro de sesión.

**Tabla 1.1.** Definición de las categorías del *SISC-INTER-CVT*

<i>Subsistema de Categorización de la Conducta Verbal de los Terapeutas (SISC-CVT) y definiciones</i>	<i>Subsistema de Categorización de la Conducta Verbal de los Clientes (SISC-CVC) y definiciones</i>
<p><i>Discriminativa</i> Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del cliente (verbal o no) que va seguida de reforzamiento o castigo. Modificadores: conversacional.</p>	<p><i>Proporcionar información</i> Verbalización a través de la cual el cliente trata de proporcionar al terapeuta información puramente descriptiva para la evaluación y/o el tratamiento.</p>
<p><i>Refuerzo</i> Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación, de la conducta emitida por el cliente. Modificadores: bajo, medio, alto, conversacional</p>	<p><i>Solicitar información</i> Pregunta, comentario y/o petición de información por parte del cliente hacia el terapeuta.</p>
<p><i>Castigo</i> Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el cliente.</p>	<p><i>Mostrar aceptación</i> Verbalización del cliente que muestra acuerdo, aceptación y/o admiración ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta.</p>
<p><i>Informativa</i> Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico</p>	<p><i>Mostrar desacuerdo</i> Verbalización del cliente que indica desacuerdo, desaprobación y/o rechazo ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta.</p>
<p><i>Motivadora</i> Verbalización del terapeuta que explicita las consecuencias que la conducta del cliente (mencionada o no esta conducta y/o la situación en que se produce) tendrá, está teniendo, ha tenido o podrían tener (situaciones hipotéticas) sobre el cambio clínico.</p>	<p><i>Bienestar</i> Verbalización del cliente que hace referencia al estado de satisfacción o felicidad del mismo o a la anticipación de este bienestar.</p>
<p><i>Instructora dentro de sesión</i> Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta del cliente dentro del contexto clínico.</p>	<p><i>Malestar</i> Verbalización del cliente que hace referencia al padecimiento del mismo debido a sus conductas problema o a la anticipación de este malestar.</p>
<p><i>Instructora fuera de sesión</i> Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta del cliente fuera del contexto clínico. Han de describirse los pasos de la actuación que se trata de favorecer</p>	<p><i>Logro</i> Verbalización del cliente que señala la consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la consecución del mismo.</p>
<p><i>Evocadora</i> Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o bien a la verbalización de una respuesta emocional que está teniendo lugar</p>	<p><i>Fracaso</i> Verbalización del cliente que señala la no consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la no consecución del mismo. <i>Seguimiento de instrucciones fuera de sesión (No)</i> Verbalización del cliente que implica un (no) seguimiento total o parcial de las instrucciones pautadas por el terapeuta para su realización fuera del contexto clínico. <i>Modificadores:</i> Anticipación y Descripción.</p>
<p><i>Chatting</i> Verbalizaciones de terapeuta que forman parte de bloques de charla intrascendente de terapia.</p>	<p><i>Seguimiento de instrucciones dentro de sesión(No)</i> Verbalización del cliente que implica un (no) seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas inmediatamente antes por el terapeuta dentro de sesión.</p>
<p><i>Otras</i> Cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores</p>	<p><i>Otras</i> Cualquier verbalización del cliente que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores</p>



Por otro lado, la inclusión en este estudio de la conducta verbal del cliente permitió concluir que ésta también va cambiando a lo largo del mismo, mostrando, por ejemplo, que la proporción de verbalizaciones consideradas pro-terapéuticas (*Logro, Bienestar, etc.*) va aumentando durante el proceso terapéutico (Ruiz, Froján y Calero, 2013). Finalmente, al analizar secuencialmente la interacción verbal entre el terapeuta y el cliente se obtuvo que las verbalizaciones pro-terapéuticas son frecuentemente discriminadas y reforzadas por los terapeutas, mientras que las verbalizaciones consideradas anti-terapéuticas (*Fracaso, malestar, etc.*), son frecuentemente castigadas. Todos estos resultados permitieron plantear la existencia de procesos de moldeamiento en sesión dirigidos por el terapeuta y a los que ya hacían mención otros autores (Follete et al., 1996; Rosenfarb, 1992).

Los tres trabajos anteriores tienen en común el interés en describir y analizar toda la conducta verbal del terapeuta y del cliente, y para ello, las verbalizaciones del terapeuta fueron divididas en dos tipos de categorías: categorías denominadas *evento*, cuyo parámetro de medida utilizado fue la frecuencia de ocurrencia y su nomenclatura se refería a las hipotéticas funciones de la conducta del terapeuta sobre la conducta del cliente (*Discriminativo, Evocadora, Refuerzo y Castigo*), y categorías *estado*, cuyo parámetro utilizado fue la duración y su nombre se relacionaba con su contenido, relevante desde un punto de vista clínico (*Motivadoras, Informativas e Instructoras*). Por lo tanto, mientras las categorías *evento* tenían una hipotética función determinada, la función que las categorías *estado* tenían en la interacción verbal era un trabajo pendiente que faltaba por clarificar. Con este propósito se desarrolló una “segunda fase” de investigaciones en nuestro equipo, que centró sus esfuerzos en estudiar esas categorías de forma exhaustiva.

En un primer trabajo de esta “segunda fase”, se estudió la categoría *Informativa* con el objetivo de analizar las reglas emitidas por los terapeutas durante las sesiones clínicas. En este trabajo se llevó a cabo una revisión sistemática del concepto de regla desde que Skinner (1969) hizo mención a la distinción entre conducta gobernada por reglas y conducta moldeada por contingencias y se propuso, además, una definición del concepto de regla aplicado al contexto clínico como “Verbalización que señala una relación de contingencia regular y generalizable a distintos contextos que potencialmente puede alterar la función de los elementos incluidos en una secuencia funcional descritos en la misma verbalización” (Vargas y Pardo, 2014). Para estudiar las reglas se creó un sistema de categorización denominado *Sistema de Categorías de las Reglas Emitidas por el*

*Terapeuta (SISC-REGLAS-T)* (Froján, Pardo, Vargas y Linares, 2011; Vargas y Pardo, 2014; Vargas, Pardo, Martínez y Froján, en prensa), lo que permitió analizar las reglas emitidas por los terapeutas tomando en consideración la división de éstas en base a diferentes tipos de agente (*Personal, Concreto, Indefinido y Concepto*), a diferentes contextos (*General o Particular*) y a los elementos de la contingencia que contiene (*Situación, Conducta y Consecuencia*).

Los resultados de este trabajo mostraron que, a pesar de haber un tipo de regla predominante (*Indefinidas y Generales*), la proporción de los diferentes tipos de reglas utilizadas, con base en las características previamente nombradas, varía en los diferentes momentos de la intervención y que esta modificación puede tener relación con la actividad terapéutica que el terapeuta esté llevando a cabo (evaluar, explicar, tratar o consolidar). Además, al analizar las reglas emitidas por un terapeuta experto y otro inexperto, se encontraron algunas diferencias descriptivas como, por ejemplo, una mayor variabilidad en los tipos de reglas utilizados por el terapeuta experto que en las reglas emitidas por el terapeuta inexperto, o una mayor proporción de reglas en el terapeuta experto que en el inexperto durante la sesión de análisis funcional (Froján et al., 2011; Vargas y Pardo, 2014).

Si bien éste fue un primer paso en la “segunda fase” de los estudios de nuestro equipo, el estudio posterior, el estudio centrado en la categoría *Motivadora*, supuso un cambio respecto a la forma de estudiar estas categorías *estado*. Hasta entonces, el estudio de la conducta verbal en terapia estaba centrado en el estudio de cada categoría tratada independientemente; en el caso del trabajo anteriormente mencionado, las reglas. Sin embargo, tras un proceso de depuración de la categoría *Motivadora*, se llegó a la conclusión del error que suponía analizar estas verbalizaciones de forma aislada, sin tener en cuenta las verbalizaciones que las envolvían – las verbalizaciones que las precedían y las seguían – y que dotaban de un contexto verbal a aquello que el terapeuta estaba transmitiendo. De este modo, se procedió a analizar también estas verbalizaciones que se encontraban alrededor de las verbalizaciones *Motivadoras* y que potencialmente estaban relacionadas con éstas, desarrollándose así lo que se denominó *Bloque motivador*.

Estos bloques podían contener otras verbalizaciones (*Instructora e Informativa*) además de incluir necesariamente la verbalización *Motivadora*. Así mismo, la verbalización *Motivadora* fue dividida en diferentes tipologías atendiendo a su formulación (*Coloquial o De cadena*), según el tipo de consecuente (*Apetitivo por*

*presentación/por retirada* o *Aversivo por presentación/por retirada*), según el contexto (*General* o *Particular*) y según la modalidad de respuesta (*Por acción* o *Por omisión*). Todos los criterios de categorización fueron incluidos en el *Sistema de Clasificación de las Verbalizaciones Motivadoras del Terapeuta (SISC- MOT-T)*, elaborado para estudiar el fenómeno (de Pascual, 2015). Pero, además de la concepción de bloque, este estudio ha supuesto un avance en nuestra línea, ya que derivó en la eliminación de las categorías *estado*, equiparando todas las categorías y analizándolas únicamente por su frecuencia de ocurrencia, y no por la duración de las mismas.

Los resultados de este trabajo mostraron que las verbalizaciones *Motivadoras* emitidas por los terapeutas van cambiando a lo largo del proceso terapéutico, que los terapeutas expertos motivan más y de diferente forma – atendiendo a su tipología –, y que estas verbalizaciones suelen frecuentemente acompañar a otras verbalizaciones, como la *Instructora* e *Informativa*. Además, como colofón del trabajo, se encontró en un estudio preliminar que aquellas instrucciones emitidas por los terapeutas y acompañadas de verbalizaciones *Motivadoras* eran más frecuentemente seguidas por los clientes, en comparación con las que no iban acompañadas de este tipo de verbalizaciones (de Pascual, 2015).

Los resultados obtenidos no sólo fueron relevantes porque resuelven algunas cuestiones sobre la motivación en terapia, un tema frecuente en la literatura pero del que poco se ha estudiado de forma aplicada en el contexto clínico, sino porque además plantea la concepción de las verbalizaciones motivadoras del terapeuta como *Operación de Establecimiento*, mediante las cuales éstos pueden provocar cambios en el ambiente, modificando el carácter aversivo o apetitivo de ciertos estímulos y, por lo tanto, facilitando ciertas respuestas que los terapeutas quieren instaurar en el repertorio del cliente.

Tras este estudio, que supuso un antes y un después en la “segunda fase” de los trabajos de nuestro equipo, la verbalización *Instructora* es la única categoría pendiente de explorar para culminar esta línea de estudio que ha proporcionado resultados fructíferos en cuanto a la explicación de los procesos de aprendizaje que ocurren en el contexto clínico a través de la interacción verbal. A pesar de ello, algunos resultados de los estudios previos ya mencionados pueden aportar unas primeras hipótesis de cara a plantear futuros trabajos en el estudio de las instrucciones. De este modo, en el próximo apartado se dará

una visión general de algunos resultados sobre esta categoría obtenidos en los estudios previos más generales de nuestro equipo.

### **3. LA INTERACCIÓN VERBAL DURANTE LA EMISIÓN DE INSTRUCCIONES EN TERAPIA**

Al principio del capítulo se hizo mención al error que supone separar el papel de la interacción terapéutica del de las técnicas de intervención, dado que ambos se rigen por los mismos procesos de aprendizaje. En este aspecto, existe un tipo de verbalización en la interacción verbal en terapia que mejor representa la convergencia entre las técnicas de intervención y la interacción terapéutica, las instrucciones, ya que no sólo es a través de éstas como los clientes pondrán en marcha las estrategias indicadas por el psicólogo y que configuran el tratamiento psicológico, sino que la propia interacción terapéutica durante los momentos en los que los terapeutas instruyen y revisan el cumplimiento de tareas terapéuticas constituye una parte más de la interacción terapéutica general que da lugar a una adecuada relación terapéutica. De hecho, tal y como se verá más adelante, hacer distinción entre el efecto que tienen sobre el cumplimiento terapéutico la forma de proceder por los terapeutas cuando instruyen y revisan el cumplimiento de las tareas terapéuticas y el efecto de la relación terapéutica es redundante.

Tal y como vimos en los primeros estudios de nuestro equipo, los terapeutas durante las sesiones clínicas evalúan, explican, tratan y consolidan (Montaño, 2008; Ruiz, 2011). Si bien es cierto que estas *actividades clínicamente relevantes* son diferentes cualitativamente entre sí, se requiere en todas ellas de la realización de tareas que son instruidas por el terapeuta para llevar a cabo tales actividades. De este modo, los tratamientos psicológicos se reducen, a menudo, en una interacción verbal en la que el terapeuta instruye y revisa el cumplimiento de tareas terapéuticas, que permiten la ocurrencia de los procesos de aprendizaje responsables y, en última instancia, el cambio clínico.

A pesar de la importancia de la interacción verbal durante los momentos en los que los terapeutas instruyen y revisan el cumplimiento de tareas terapéuticas, poco se ha estudiado al respecto y, de forma menos frecuente aún, a través de una metodología que permita su estudio momento a momento de una forma sistemática. En este sentido, tal y

como veremos ampliamente en los próximos capítulos, la mayoría de los estudios en el campo clínico que describen cómo los terapeutas instruyen y revisan el cumplimiento de las tareas terapéuticas se basan en cuestionarios, entrevistas o encuestas (por ejemplo, Kazantzis y Lampropoulos, 2002). Si bien es cierto que los resultados de estos estudios proporcionan información descriptiva de cuáles son los procedimientos más frecuentemente utilizados por los clínicos, no son útiles a la hora de enseñar secuencias funcionales concretas entre la conducta verbal del terapeuta y del cliente en estos momentos que permitan analizar los procesos de aprendizaje que están operando. Aunque no se duda del carácter informativo que aportan estos resultados, consideramos que no ayudan a responder a la pregunta: ¿cómo tiene que instruir y revisar el cumplimiento de las tareas terapéuticas un terapeuta para aumentar la probabilidad de que el cliente cumpla con las tareas instruidas? Y, por lo tanto, no ayudan a resolver el problema de falta de sistematicidad que muestran los terapeutas y al que hacen mención algunos autores (Por ejemplo, Kazantzis y Deane, 1999).

En este sentido, es importante hacer mención aquí al trabajo de Detweiler y Whisman (2005) del que se hablará ampliamente más adelante. Este estudio es relevante por tres motivos: (1) porque aunque los investigadores no hablan explícitamente del concepto de interacción verbal en terapia, analizan unas categorías concretas referidas a la conducta del terapeuta y del cliente en los momentos en los que el terapeuta instruye tareas terapéuticas y que, por tanto, necesariamente requiere atender a lo que éstos dicen, es decir, a la interacción verbal; (2) porque utiliza observadores externos que analizan grabaciones de audio de las sesiones clínicas en lugar de utilizar cuestionarios o entrevistas, como los estudios predominantes hasta el momento; y, finalmente, (3) porque ponen en relación los procesos – cómo lo hacen los terapeutas – con los resultados de la intervención – la eficacia –, dos campos de estudio tradicionalmente opuestos. Sin embargo, bajo nuestra perspectiva, uno de los problemas de este estudio radica en el uso de valoraciones subjetivas – puntuación de 1 a 3 – de los observadores de la ocurrencia de ciertos comportamientos como, por ejemplo, “grado de implicación del cliente” o el cumplimiento de éste, en lugar de centrarse en el análisis de las frecuencias en las que ocurren ciertas verbalizaciones concretas durante la interacción verbal.

Los trabajos de nuestro equipo previamente nombrados ya analizaron las instrucciones durante la interacción verbal en terapia (de Pascual, 2015; Montaña, 2008; Ruiz, 2011). Sin embargo, dado que el objeto de estudio de éstos no era analizar de forma

concreta la interacción verbal cuando el terapeuta instruye y revisa el cumplimiento de tareas terapéuticas, las clasificaciones de las verbalizaciones no recogían las peculiaridades de estos cometidos del terapeuta. Por ejemplo, estos estudios analizan la categoría *Discriminativa* o de *Refuerzo*, pero no analiza los discriminativos concretos que utilizan los terapeutas durante la emisión de instrucciones y la revisión del cumplimiento, ni los refuerzos contingentes al cumplimiento verbalizado por el cliente. No obstante, consideramos relevante nombrar los resultados principales en torno a este fenómeno, ya que son útiles de cara a asentar las bases de los estudios que se presentarán posteriormente.

Froján, Montaña y Calero (2010) analizaron de forma descriptiva qué ocurría durante las diferentes fases de la intervención y encontraron que, durante las fases en las que el terapeuta desarrollaba el tratamiento, se producía un aumento de verbalizaciones *Motivadoras*, *Informativas* e *Instructoras* asociadas a que era en esos momentos en los que el terapeuta instruía tareas terapéuticas para casa. Además de ello, al analizar las diferencias entre terapeutas expertos e inexpertos, se encontró que los terapeutas inexpertos dedicaban mayor proporción de tiempo en las sesiones clínicas a instruir tareas terapéuticas.

Por su lado, Calero (2009), en el segundo trabajo de nuestra línea de investigación dedicado a analizar la interacción verbal durante la aplicación de la reestructuración cognitiva, encontró que el tercer procedimiento más frecuentemente utilizado por los terapeutas para llevar a cabo dicha técnica es el uso de tareas terapéuticas y que, para ello, los terapeutas emiten la categoría *Instruccional* de forma más frecuente, así como la categoría *Discriminativa* posiblemente para obtener información relevante de cara a instruir las tareas. Por su lado, se obtuvo que el cliente durante estos momentos tiende a mostrar la categoría *Aceptación y Proporcionar Información*. Por otro lado, durante el repaso de las tareas terapéuticas, los resultados mostraron un alto porcentaje en el uso de la categoría *Refuerzo* y de la categoría *Discriminativo* por parte del terapeuta, y de la categoría *Proporcionar Información* por parte del cliente, lo que sugiere la posibilidad de que el terapeuta va evaluando y reforzando el cumplimiento de éstas, informado por el cliente. Más allá de estos resultados descriptivos, en dicho trabajo se llevó a cabo un análisis de las secuencias verbales más frecuentes entre el terapeuta y el cliente durante la aplicación de la reestructuración, y se obtuvo que las instrucciones sobre tareas terapéuticas suelen ir precedidas y seguidas de las categorías *Informativa* y *Motivadora*

y que, además, esta secuencia suele ser la más frecuente en los grupos en los que se consideró que el debate socrático tuvo éxito. Sin embargo, en el grupo en el que se consideró que el debate socrático había fracasado, la instrucción fue únicamente precedida por las categorías *Informativa* y *Motivadora*, pero no seguida por éstas.

En el trabajo posterior de nuestro equipo, cuyo objetivo fue analizar la interacción verbal entre el terapeuta y el cliente durante las sesiones clínicas, se confirmaron los resultados del estudio previo en cuanto al uso de las categorías *Instruccional*, *Informativa* y *Motivadora*, como categorías más frecuentemente utilizadas en el grupo considerado como grupo de tratamiento, además del uso del *Refuerzo*. Sin embargo, a pesar de que estas categorías eran más frecuentes en este grupo, la *actividad clínicamente relevante* de *Instruir-Retroalimentar* mostró cierta estabilidad a lo largo de los cuatro grupos (*Evaluación*, *Explicación*, *Tratamiento* y *Consolidación*), lo que indicó que los terapeutas a lo largo de todo el tratamiento instruyen en diferentes tareas terapéuticas con el fin de llevar a cabo la *actividad clínicamente relevante* pertinente. Más allá del carácter descriptivo de estos resultados, al analizar la interacción verbal entre el terapeuta y el cliente se observó que el segundo, tras la instrucción del terapeuta, tiende a emitir de forma más probable la categoría *Mostrar Aceptación* o *Solicitar Información*. (Froján y Ruiz, 2013; Ruiz, 2011; Ruiz et al., 2013).

Aunque es indudable el valor de estos estudios, que han ayudado a esclarecer las secuencias verbales que ocurren durante la interacción, nuestra línea de investigación aún no se ha ocupado de abarcar el fenómeno de las instrucciones de forma específica. Sin embargo, el trabajo posterior a éstos, realizado por de Pascual (2015) ha supuesto un primer peldaño hacia el estudio específico de las instrucciones, ya que, sin ser éste el objeto principal de investigación, encontró que con frecuencia los *Bloques Motivadores* incluyen la categoría *Instruccional* y que el uso de los terapeutas de bloques que combinan las categorías *Motivadora-Instructora* predecía el cumplimiento de las tareas terapéuticas. Dicho de otra forma, los resultados encontrados en este trabajo mostraron que frecuentemente los terapeutas especifican las contingencias para motivar al cliente en el cumplimiento de las tareas terapéuticas, y que cuando lo hacen, el cumplimiento terapéutico es mayor que cuando únicamente instruyen las tareas. No obstante, dado el tamaño muestral tan reducido al que se hace mención en las limitaciones del trabajo, se requieren estudios con muestra más amplia que permitan confirmar estos hallazgos.

Además de los resultados obtenidos en cuanto a las instrucciones, el trabajo citado es importante por el estudio del cumplimiento terapéutico, un elemento que no había sido analizado en los trabajos previos, que únicamente se centran en el proceso terapéutico. Además, también es importante por su interés en el estudio el discurso terapéutico por bloques, más que por categorías independientes, que no tienen en cuenta la importancia de un contexto verbal que permite analizar de forma más global el objeto de estudio. Estos dos avances en nuestra línea de investigación superan las limitaciones de un trabajo previo de nuestro equipo, y que fue el primer trabajo llevado a cabo en el campo de las instrucciones (Marchena, Calero y Galván, 2013). El objetivo de este trabajo preliminar fue analizar las instrucciones emitidas por dos terapeutas, un experto y un inexperto a lo largo de un caso clínico tratado por cada uno de ellos. Los resultados mostraron que la proporción de instrucciones emitidas por los terapeutas aumenta desde la fase de *Evaluación* hasta la fase de *Tratamiento*, donde adquiere su mayor porcentaje, y disminuye considerablemente hacia la fase de *Consolidación*. Además, se obtuvo que los terapeutas analizados frecuentemente utilizaban instrucciones que podrían considerarse como “directivas” a lo largo del proceso terapéutico, en las que se especifica la conducta, por ejemplo, “esta semana tienes que exponerte al metro, tal y como hemos estado practicando”; pero que, sin embargo, éstos no suelen especificar la situación, ni proporcionar ejemplos. Además de ello, se encontró una diferencia significativa en los porcentajes relativos a los tipos de instrucciones, encontrando que el terapeuta experto utilizaba instrucciones más “directivas” que el inexperto.

Esta falta de investigaciones específicas en el campo clínico con las instrucciones como objeto de estudio nos lleva a plantear la necesidad de buscar una base teórica sólida que fundamente los estudios empíricos que se presentarán en los próximos capítulos. Para ello, desde nuestra perspectiva, las investigaciones en el campo clínico no deben únicamente estar respaldadas con los principales hallazgos de los estudios de su campo, sino que deben basarse también en los resultados del análisis experimental de la conducta para constatar si éstos son aplicables a este contexto. Por este motivo, en los próximos capítulos se proporcionará una visión general del estado del estudio de las instrucciones en estos dos campos que habitualmente se ha desarrollado uno a espaldas del otro y que, sin embargo, nosotros consideramos complementarios.



## CAPÍTULO 2

# Estudio de las instrucciones en el campo experimental

### 1. APRENDIZAJE E INSTRUCCIONES

A lo largo de décadas, los analistas de conducta han llenado los laboratorios de personas y otras especies animales para estudiar los procesos de aprendizaje y las variables relacionadas con éstos. Interesados en cómo algunas especies adquieren ciertos comportamientos (por ejemplo, la respuesta de picoteo, presionar una palanca, etc.), los investigadores buscaban qué variables debían ser manipuladas para producir estas respuestas. Con este fin, en los experimentos con especies no humanas, los investigadores frecuentemente manipulaban las operaciones de establecimiento – sobre todo, la privación – y observaban cómo se desarrollaban conductas exploratorias que facilitaban la adquisición progresiva de una determinada respuesta a través de aproximaciones sucesivas (Ferster, 1953).

Esta manipulación permitía la adquisición de nuevas respuestas mediante un procedimiento de moldeamiento. De este modo, ciertos estímulos sometidos a un proceso

de refuerzo diferencial de esas respuestas adquirirían función discriminativa. No obstante, la forma de adquisición de nuevos comportamientos era diferente cuando se trataba de estudios experimentales con humanos, donde manipular ciertas variables para crear estados de privación se comenzó a prohibir por cuestiones éticas y principios deontológicos de investigación. Esta limitación condujo a que los analistas de conducta buscaran formas alternativas para desarrollar nuevas conductas en humanos.

Además de este problema ético, los códigos deontológicos de investigación empezaron a exigir que los participantes de un experimento fueran informados sobre el objetivo y contenido de éste antes de comenzar la tarea experimental a la que se les sometía. Por tanto, los experimentadores empezaron a instruir a los participantes sobre el experimento, la tarea – o la respuesta – que se les iba a pedir y las consecuencias al responder de la forma requerida, configurando las instrucciones como un elemento más que formaba parte del procedimiento de los estudios experimentales en humanos.

Por consiguiente, el uso de instrucciones en los experimentos se configuró como el análogo a la manipulación de estados de privación en otras especies para desarrollar nuevas conductas. Así, instrucciones como “pulsar la tecla e irás ganando puntos” se configuró como el *medio* para estudiar el efecto que ciertas variables tenían sobre la respuesta de pulsar la tecla dentro de un programa de reforzamiento como, por ejemplo, los programas de intervalo. No obstante, los analistas de conducta observaron que las instrucciones no eran simplemente una herramienta, sino que tenían un importante papel sobre la ejecución de los participantes de los experimentos, interfiriendo en ésta y produciendo dificultades a la hora de discernir entre su efecto y el efecto que ejercían las contingencias programadas. Esta dificultad dio lugar a que las instrucciones dejaran de ser consideradas como *vehículo* para convertirse, junto con las contingencias, en el *fin* mismo de las investigaciones. Conjuntamente con este problema, el interés creciente en los investigadores sobre la conducta adquirida a través de instrucciones, provocó la apertura un campo de estudio vertebrado por el fenómeno de las instrucciones.

Ciertamente, la mayoría de comportamientos que adquirimos a lo largo de nuestra vida se adquieren a través de instrucciones; si nos paramos unos segundos a pensar, probablemente nos demos cuenta de las numerosas ocasiones en las que tenemos que llevar a cabo una tarea que nunca antes habíamos hecho, sirviéndonos de instrucciones: montamos un mueble gracias a las indicaciones del folleto que viene dentro de la caja, cocinamos un plato nuevo siguiendo los pasos de una receta, conseguimos llegar a un

restaurante que un amigo nos recomendó gracias a sus indicaciones, etc. Y es que, efectivamente, los humanos, a través de la conducta verbal podemos dirigir nuestro comportamiento hacia una meta o un fin (Joyce y Chase, 1990) y este es un aspecto que diferencia a los humanos de otras especies en cuanto a la regulación del comportamiento (Martinez, 1991).

Utilizamos instrucciones de todo tipo y pueden variar en su complejidad, desde instrucciones que nos proporcionan información mínima como la descripción de una respuesta, por ejemplo, “pulsar el botón” o de consecuencias; “puedes ganar puntos” (Kaufman, Baron y Kopp, 1966). Y por supuesto, también utilizamos instrucciones más complejas y precisas que nos especifican la respuesta requerida, las condiciones bajo las cuales emitirla y las consecuencias contingentes, por ejemplo, “cuando se encienda la luz roja gira la manivela y conseguirás un euro”.

Esta necesidad de usar instrucciones para el aprendizaje humano ha llevado a que en las investigaciones experimentales generalmente se consideren las instrucciones como estímulos verbales que describen relaciones de contingencia, gracias a los cuales dirigimos nuestros comportamientos y nos permiten un contacto más efectivo con las contingencias naturales (Ader y Tatum, 1961; Ayllon y Azrin, 1964; Baron y Kaufman, 1966). Pero, ¿qué sabemos de las instrucciones y de su efecto sobre el comportamiento, esto es, del control instruccional? ¿Qué papel juegan las instrucciones en nuestro aprendizaje? ¿Cómo interactúan las instrucciones con las contingencias? ¿Qué influye sobre el seguimiento de instrucciones? Estas preguntas serán abordadas en el próximo apartado, a partir de los principales resultados experimentales obtenidos en laboratorio.

## **2. DE LOS INICIOS HASTA LA ACTUALIDAD: EL *STATUS QUO* DE LA INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL DE LAS INSTRUCCIONES**

Como acabamos de ver hasta los primeros estudios de Ayllon y Azrin (1964) las instrucciones no eran consideradas un objeto de estudio en sí, sino que únicamente eran una herramienta para llevar a cabo una tarea experimental. Fue a partir de los estudios de estos autores cuando el foco de atención se centró en las instrucciones, considerándolas como un objeto de estudio que debía ser analizado como una variable independiente dentro de los diseños experimentales. Esta nueva línea provocó que las instrucciones

empezaran a ser una fuente de manipulación experimental muy frecuentemente utilizada para ver su contribución al aprendizaje tanto de forma independiente, como conjuntamente a la contribución de las contingencias.

En estos estudios los investigadores han utilizado diferentes tareas experimentales, desde tareas simples que únicamente requieren pulsar un botón bajo un programa de razón o intervalo fijo o variable (Joyce y Chase, 1990; Okouchi, 1999), pasando por tareas con un grado mayor de complejidad, como la discriminación condicional (Martínez y Ribes, 1996, Ribes y Martínez, 1990), hasta el uso de tareas más complicadas que requieren respuestas conductuales más complejas como abrir la puerta, hacer un cálculo matemático, etc. (Ayllon y Azrin, 1964; Buskist y Milles, 1986; de Koning, Boonen y van der Schoot, 2017; Ninness, Shore y Ninness, 1999). Si bien es cierto que esta heterogeneidad en las tareas utilizadas en los estudios de instrucciones puede ser una ventaja en relación a la validez ecológica de los estudios, supone una dificultad a la hora de comparar resultados entre diferentes experimentos (O’Hora y Barnes-Holmes, 2004).

Para hacer frente a esta dificultad, muchos investigadores se han interesado en el uso de las tareas de discriminación condicional como forma útil de abordar el análisis del control instruccional. La tarea más frecuentemente utilizada es la de igualación a la muestra en la que se les proporciona a los participantes diferentes estímulos de comparación entre los que tiene que seleccionar alguno de ellos según la relación que guarda con un estímulo de muestra. La relación puede ser de identidad, de semejanza o de diferencia. Esta tarea, tal y como afirman Martínez y Tamayo (2005), tiene la ventaja de ofrecer la posibilidad de que cada respuesta correcta puede variar de ensayo en ensayo, según las variaciones del estímulo muestra y los estímulos de comparación, manteniendo un tipo de relación constante entre éstos. Y, además, teniendo en cuenta que la mayoría de habilidades humanas incluyen cierto grado de función discriminativa (Pérez, 2011), la tarea de igualación a la muestra parece ser una herramienta útil para la investigación de las instrucciones. Un resumen de estos estudios será recogido en el presente apartado.

## **2.1. Instrucciones y adquisición de nuevas respuestas.**

Una de las principales líneas de investigación en la que se centraron los científicos del campo es en el uso de instrucciones como procedimiento para la adquisición de nuevas respuestas. Esta línea se basa en la idea de que la mayoría de los comportamientos aprendidos se inician gracias a las instrucciones y no al propio efecto de las contingencias

disponibles. Este planteamiento pone de relieve un fenómeno paradójico y es que, aunque las personas dispongamos de contingencias en el medio, éstas no son efectivas por sí solas para producir el comportamiento, sino que precisan de instrucciones para que el comportamiento se inicie y la respuesta sea reforzada y mantenida (Arismendi y Yorio, 2015). Por ejemplo, al principio del aprendizaje un niño adquiere la conducta de lavarse los dientes antes de irse a dormir por las instrucciones proporcionadas por sus padres, aunque las contingencias (el refuerzo de sus padres, sentir la boca limpia, un buen aliento, etc.) estén disponibles. Por lo tanto, el objetivo de estos estudios fue analizar el papel de las instrucciones como “motor” de nuevas respuestas que posteriormente podían ser reforzadas y mantenidas.

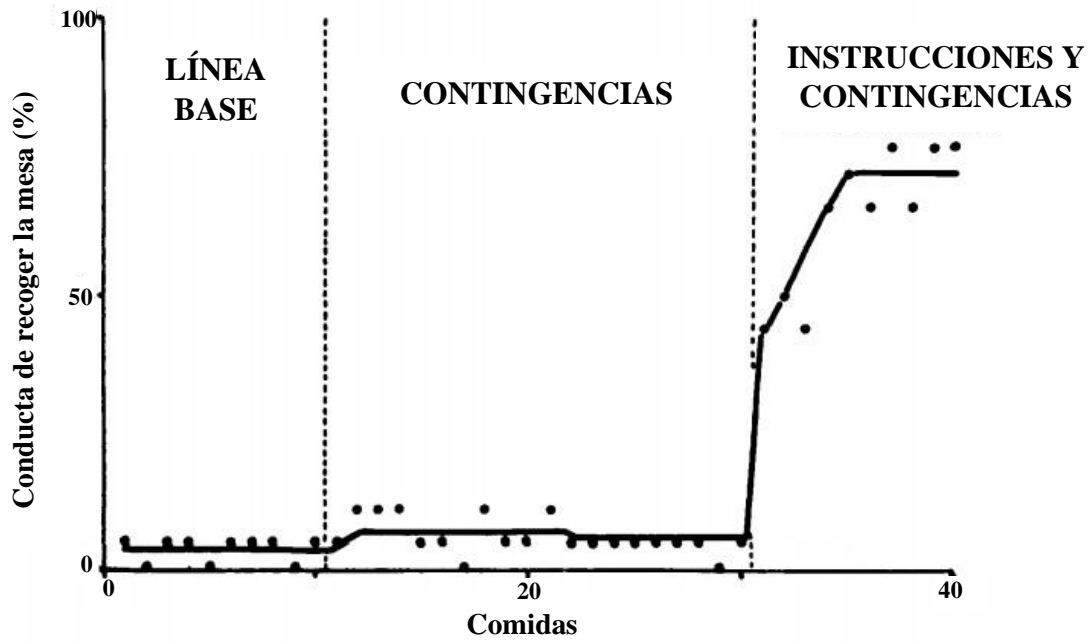
En el clásico experimento de Ayllon y Azrin (1964) utilizaron pacientes de un hospital psiquiátrico para comprobar si éstas adquirirían la conducta de recoger la mesa al proporcionarles beneficios “extras” como cigarrillos o golosinas. De este modo, tras una línea base en la que 18 pacientes no fueron instruidas ni reforzadas, se las sometió a una fase en la que se les proporcionaban los beneficios de forma contingente a recoger la mesa, pero no se les instruía sobre la disponibilidad del reforzador. Finalmente, en una segunda fase se les introdujo la instrucción sobre la disponibilidad del reforzador.

Como puede observarse en la Figura 2.1., las respuestas no aumentaron ni al 10% durante la línea base en la que no había instrucciones, pero mostraron un aumento considerable en 12 de las 18 participantes durante la última fase. A la luz de los resultados obtenidos, los autores sugirieron que las instrucciones ejercen un papel importante en la adquisición de una nueva respuesta que va a ser reforzada cuando las contingencias por sí solas no tienen efecto sobre el comportamiento.

Aunque este resultado llamó especialmente la atención de los investigadores del campo, algunos autores se plantearon que probablemente la adquisición de respuesta sí podría producirse sin instrucciones si las consecuencias por no responder eran aversivas. Siguiendo este planteamiento Ader y Tatum (1961) utilizaron el condicionamiento de evitación de descargas eléctricas en humanos y, con una muestra de jóvenes universitarios, intentaron comprobar si los participantes adquirirían la respuesta de presionar un botón rojo que posponía una descarga eléctrica que provocaba la flexión involuntaria de la pierna y sin haber sido instruidos a ello. Lejos de lo esperado, los

resultados fueron sorprendentes para los investigadores, que observaron que únicamente 17 participantes de los 36 adquirieron dicha respuesta.

**Figura 2.1.** Evolución de la respuesta de recoger los cubiertos en las pacientes psiquiátricas a lo largo de las tres fases del experimento (adaptado de Ayllon y Azrin, 1964).



Este mismo resultado fue encontrado por Baron y Kaufman (1966) quienes estudiaron el efecto que una pérdida monetaria, indicada por el parpadeo de una luz verde, tenía sobre la adquisición de la respuesta de escape o evitación que posponía la pérdida durante 10 segundos. Al principio del experimento ninguno de los 4 participantes adquirió la respuesta de escape o evitación, ya que no se les dijo más que la pérdida dependía del parpadeo de la luz verde. Sin embargo, cuando se les dijo que la pérdida dependía de que “hicieran algo”, rápidamente adquirieron la respuesta de escape-evitación, presionando la tecla. Estos estudios demuestran que las instrucciones ejercen un papel importante a la hora de que las personas adquieran ciertos comportamientos que son de baja – o nula – ocurrencia, impidiendo el contacto con las contingencias programadas. Y esta respuesta, además, se adquiere incluso cuando las instrucciones son muy genéricas, como es el caso del experimento de Baron y Kaufman (1966).

En el caso de especies no humanas, la manipulación de variables disposicionales, junto con el proceso de moldeamiento en el que se hubieran reforzado aproximaciones sucesivas, habría dado lugar a la adquisición de la respuesta. No obstante, en estudios con

humanos los comportamientos que se quieren instaurar en los experimentos son de tan baja ocurrencia que no permiten el contacto con las contingencias y, por tanto, la probabilidad adquisición de respuesta es baja a menos que sean instruidos (Arismendi y Yorio, 2015; Ayllon y Azrin, 1964). Por lo tanto, incluir instrucciones favorece que los participantes de los experimentos establezcan relaciones de contingencias entre las respuestas y las consecuencias. Además de esto, un aspecto a tener en cuenta es que, aunque las instrucciones sean consideradas como el análogo al proceso de moldeamiento en otras especies, la adquisición de respuesta por medio de instrucciones ocurre de forma más rápida que a través de moldeamiento. Si bien esto es una ventaja, esta forma de aprendizaje posee alguna desventaja frente al proceso de moldeamiento como veremos más adelante.

## **2.2. Estudios sobre diferentes tipos de instrucciones.**

Uno de los mayores retos al que se han enfrentado los investigadores del campo es discernir entre el efecto que las instrucciones y las contingencias tienen sobre el comportamiento de forma independiente. Para ello, los investigadores han utilizado la manipulación de las instrucciones con el fin de observar si la ejecución de los participantes variaba y de este modo poder analizar el efecto que cada una de variables tiene sobre el aprendizaje. La manipulación más frecuentemente utilizada es la precisión instruccional, llevada a cabo mediante la alteración de la información que se le proporciona al participante (por ejemplo, si se da información sobre la respuesta a llevar a cabo o no, o sobre el programa de retroalimentación). También se han utilizado en los procedimientos experimentales instrucciones falsas, esto es, instrucciones que no se corresponden con el programa de reforzamiento al que los participantes son sometidos (Carpio, Pacheco, Canales, Morales y Rodríguez, 2014; Ortiz y González, 2010).

Baron y Galizio (1983) consideraron que la precisión instruccional puede ser entendida como un continuo, desde aquellas instrucciones imprecisas o mínimas en las que se informa de la posibilidad de la existencia de unas consecuencias y/o del requerimiento de emisión de una determinada respuesta, hasta instrucciones precisas en las que además de la respuesta requerida, se informa sobre el programa de refuerzo al que se somete a los participantes.

Kaufman et al. (1966) estudiaron el efecto que instrucciones mínimas e instrucciones falsas tenían sobre la ejecución de participantes en un programa de intervalo

variable (IV) de 1 minuto. Tras dividir a los participantes en cinco grupos, se les proporcionaron diferentes instrucciones a cada uno de ellos: a dos grupos de ellos se les proporcionó instrucciones mínimas o poco precisas – a uno que podía ganar puntos y al otro, además de que podían ganar puntos, se le informó que tenía que presionar la tecla –, a otros dos grupos, además de la información anterior, se le proporcionaron instrucciones falsas sobre el programa de reforzamiento – a uno se le dijo que el programa era de IF de 1 minuto y al otro que era de RV150 –, sin embargo, a un quinto grupo se le dio la información correcta sobre el programa de reforzamiento.

Los resultados mostraron que en los dos grupos a los que se les proporcionó una instrucción poco precisa las respuestas eran inapropiadas y elevadas para el programa al que estaban siendo sometidos. En cambio, los otros tres grupos, tanto los dos grupos que recibieron información falsa sobre el programa de reforzamiento, como el grupo que recibió información correcta sobre el programa mostraron patrones acordes al programa que se le había descrito – un patrón pobre en el caso del programa de IF de 1 minuto, una tasa alta de respuesta en el grupo de RV150 y una tasa adecuada al programa en el caso del participante que recibió información correcta –. Es decir, los resultados del estudio pusieron de relieve que instruir de forma poco precisa provoca respuestas inadecuadas que se pueden categorizar como “exploratorias” y que, aunque las instrucciones correctas provoquen un adecuado contacto con las contingencias programadas, hasta las instrucciones falsas ejercen un potente papel de control del comportamiento, aunque la respuesta no se ajuste a las contingencias reales.

Estos resultados fueron similares a los encontrados por Lippman y Meyer (1967), quienes sometieron a participantes a un programa de IF de 20 segundos y les informaron de que el reforzador dependía del paso del tiempo – de intervalo –, del número de respuestas – de razón –, o no se les proporcionó instrucción. Los autores encontraron que el grupo que tenía información incorrecta sobre el programa mostró una ejecución más adecuada al programa de razón que al programa real al que estaba sometido, a diferencia del grupo que recibió una instrucción correcta sobre el programa de reforzamiento.

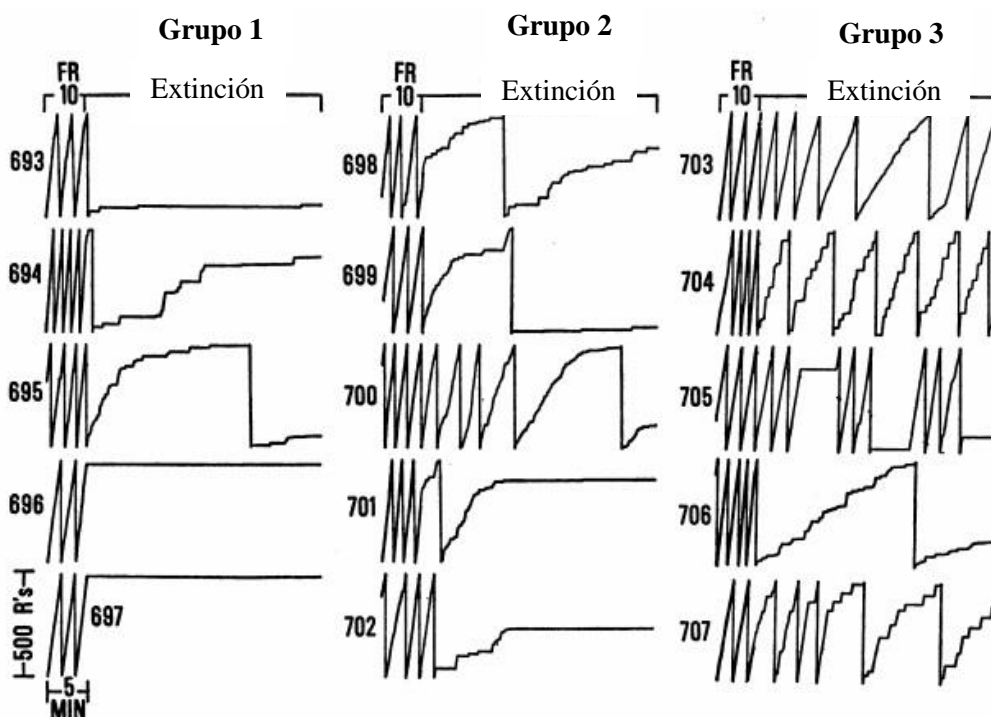
El efecto de la precisión instruccional sobre la ejecución también ha sido estudiado en procedimientos de extinción con el objetivo de ver si la respuesta de los participantes se mantiene acorde a instrucciones imprecisas y/o falsas cuando los reforzadores son eliminados. Por ejemplo, en un experimento Kaufman et al. (1966), dividieron a los estudiantes en dos grupos, un grupo con instrucciones mínimas y un grupo con



información errónea – se les informó que era un programa de RV150 – y los sometieron a un proceso de extinción. Los resultados mostraron tanto el grupo que recibió instrucciones mínimas como el grupo que fue instruido erróneamente sobre el programa se mantuvieron resistentes a la extinción.

En un estudio posterior, Weiner (1970) encontró resultados similares. Tras someter a 15 participantes a un programa de RF10 y tras proporcionarles 700 reforzadores, los sometió a una fase de extinción. Los participantes fueron divididos en tres grupos dependiendo de las instrucciones que recibían: se les decía que podían obtener 700 reforzadores, que podían obtener 999 reforzadores o no se les proporcionaba información sobre los reforzadores. Tal y como muestra la Figura 2.2., los participantes a los que se le dio información falsa sobre el número de reforzadores a obtener como los que no fueron informados sobre los reforzadores mostraron mayor resistencia a la extinción, esto es, seguían respondiendo a pesar de que las contingencias no estaban operando. No obstante, en el caso de la instrucción falsa la respuesta se extinguió más rápidamente que en los participantes que no recibieron información sobre los reforzadores.

**Figura 2.2.** Respuestas de los participantes durante la fase de RF10 y durante la fase de extinción. El Grupo 1 se corresponde al grupo con instrucción precisa, el Grupo 2 se corresponde al grupo con instrucción falsa y el Grupo 3 se corresponde al grupo sin información (adaptado de Weiner, 1970).



En un estudio posterior, Hayes, Brownstein, Haas y Greenway (1986) también encontraron que las instrucciones que no se corresponden con el programa de reforzamiento pueden inducir a comportamientos acordes a las instrucciones más que a los refuerzos programados. Tales resultados han sido confirmados en estudios posteriores como en Danforth, Chase, Dolan y Joyce (1990) que encontraron que hasta las instrucciones imprecisas tienen mayor control sobre el comportamiento que las propias contingencias. Martínez y Tamayo (2005) observaron que las instrucciones falsas ejercían un papel de control del comportamiento mayor que las contingencias. Martínez, Ortiz y González (2007) mostraron que las instrucciones falsas eran seguidas, aunque las contingencias eran incongruentes (Martínez, Ortiz y González, 2002; Ortiz, González, Rosas y Alcaraz, 2006; Ortiz, de la Rosa, Padilla, Pulido y Velez, 2008; Ortiz y Cruz, 2011) o, por su lado, Alessandri y Cançado (2017) que encontraron que la respuesta instruida por el experimentador era seguida por los participantes, a pesar de estar sometidos a un programa de extinción.

Aunque la mayoría de estudios apuntan en la dirección de que las instrucciones ejercen un potente papel de control sobre el comportamiento independientemente a su veracidad, otros autores han obtenido resultados diferentes, como DeGrande y Buskist (1991) quienes en un experimento con 16 participantes midieron la precisión instruccional en forma de porcentaje según número de ensayos en los que la instrucción era falsa o verdadera y encontraron que los niveles de seguimiento de instrucciones correlacionaban con la precisión instruccional: instrucciones muy precisas provocaron niveles altos de seguimiento, las instrucciones medianamente precisas mostraron niveles intermedios de seguimiento y los participantes que recibieron instrucciones imprecisas mostraron un bajo nivel de seguimiento. Los autores concluyeron que la diferencia encontrada en sus resultados con respecto a otros estudios se pudo deber a la historia previa de reforzamiento de seguimiento de instrucciones precisas, lo que llevó a los autores a mencionar que la interacción entre instrucciones y contingencias es un aspecto a tener en cuenta en el seguimiento instruccional. La idea de la interacción entre instrucciones y retroalimentación será abordada con mayor profundidad en el siguiente apartado.

Volviendo a los resultados obtenidos por la mayoría de estudios sobre precisión, algunos autores han mencionado que el seguimiento de instrucciones falsas tiende a disminuir con el paso del tiempo debido a la ausencia de refuerzos contingentes que

mantengan la respuesta (Ribes, 2000). Ayllon y Azrin (1964) encontraron este resultado en un experimento en el que se analizaron la conducta de 20 pacientes del hospital psiquiátrico y tras una línea base en la que no se les proporcionaban instrucciones ni consecuencias, se les sometió a una segunda fase en la que se les instruyó que recoger la mesa estaba asociado a la consecución de los beneficios “extras”. Sin embargo, no se les proporcionaba dichos reforzadores. Los resultados mostraron que, aunque la respuesta se adquirió rápidamente, ésta tendió a disminuir cuando no se les proporcionaban los reforzadores anunciados. Los autores concluyen que, aunque las instrucciones son una forma eficaz de desarrollar una respuesta, requiere del refuerzo diferencial para que dicha respuesta se mantenga. De hecho, diversos estudios han demostrado que cuando los participantes de un experimento son sometidos a un seguimiento instruccional que no es reforzado, la probabilidad de responder tal y como menciona la instrucción se ve disminuida y, por tanto, existe una pérdida de seguimiento instruccional (Baron y Galizio, 1983; Cerutti, 1994; Galizio, 1979; Hojo, 2002; Martínez y Ribes, 1996; Martínez et al., 2007; Martínez y Tamayo, 2005; Okouchi, 1999; Ortiz, Pacheco, Bañuelos y Pascencia, 2007; 2008; Podlesnik y Chase, 2006).

Los resultados de los estudios presentados hasta ahora en este apartado muestran como los participantes de un experimento adquieren una respuesta acorde a la instrucción más que a las contingencias reales cuando son informados de forma errónea sobre el programa de reforzamiento, pero también ponen de relieve la importancia del refuerzo del seguimiento para que la respuesta de seguimiento no disminuya. Por otro lado, el uso de instrucciones mínimas o de instrucciones en las que se omite información, parecen provocar comportamientos que se podrían categorizar como “exploratorios” que, en cualquier caso, no están ajustados al programa real. Este patrón inadecuado parece mantenerse además cuando los participantes son sometidos a fases en las que reforzador no está disponible, bien sea desde el principio del entrenamiento o bien porque se elimina posteriormente, es decir, en procedimientos de extinción.

### **2.3. Interacción entre instrucciones, contingencias y sus propiedades.**

Tras lo expuesto previamente, parece poco cuestionable la idea de que las instrucciones son capaces de generar nuevas respuestas de forma rápida, una característica que no parece ocurrir cuando únicamente se proporcionan contingencias. Sin embargo, las instrucciones por sí solas no parecen ser efectivas a la hora de mantener

el comportamiento adquirido, sino que requieren de las contingencias para que el mantenimiento ocurra. De este modo, aunque los investigadores han intentado estudiar el peso que instrucciones y contingencias tienen sobre la ejecución humana, estudiar cada elemento sin tener en cuenta el otro se ha convertido en una tarea complicada en los diferentes estudios debido al carácter interdependiente de ambas.

Por ello, algunos investigadores se han interesado también en el estudio de la interacción entre instrucciones y contingencias y no únicamente en el efecto de cada uno de los elementos de forma independiente. Baron, Kaufman y Stauber (1969) estudiaron el efecto que las instrucciones y las contingencias, de forma independiente y de forma conjunta, tienen sobre la ejecución de 14 mujeres estudiantes universitarias sometidas a un programa múltiple de IF (IF10, 30, 90 y 270) y uno de extinción en el que tenían que pulsar un botón. Las participantes fueron divididas en cuatro grupos según si recibían información sobre el programa y si recibían retroalimentación: un grupo con instrucción y con retroalimentación, un grupo con instrucción y sin retroalimentación, un grupo sin instrucción y con retroalimentación, y un grupo sin instrucción y sin retroalimentación. Los resultados mostraron que los dos grupos a los que se proporcionó instrucciones obtuvieron una ejecución acorde a cada componente del programa y dejaron de responder durante la fase de extinción, aunque el grupo que también tenía retroalimentación tuvo una ejecución más adecuada y marcada que en el grupo sin retroalimentación. En cuanto a los grupos que no tenían instrucciones, cuando los participantes tenían retroalimentación mostraron un control pobre, pero algo mejor que cuando los participantes no tenían retroalimentación. Este estudio parece indicar que, aunque las instrucciones tengan un papel fundamental en la adquisición de una respuesta, la interacción de ambos elementos es la forma más adecuada de instaurar patrones de respuestas acordes al programa, resultado que ya se encontraba en el clásico estudio de Ayllon y Azrin (1964).

Estudios más recientes han ido más allá de la interacción entre instrucciones y retroalimentación y se han interesado en estudiar el efecto que la interacción entre las propiedades de las instrucciones y de las contingencias tiene sobre la ejecución de los participantes. Por ejemplo, Newman, Buffington y Hemmes (1995) estudiaron el efecto de la interacción entre la precisión de la instrucción expresada en forma de porcentaje siguiendo el procedimiento de DeGrandpe y Buskist (1991), y diferentes programas de reforzamiento – uno continuo, uno de RF2 y otro de RF3 –. Los resultados obtenidos

mostraron que los participantes que fueron expuestos a la retroalimentación continua mostraron una buena ejecución en todos los niveles de la precisión instruccional, sin embargo, en los grupos con programas de razón el control instruccional fue más potente que el control de las contingencias, lo que llevó a los autores a pensar que el mantenimiento de la conducta adquirida mediante instrucciones está también influida por el programa de reforzamiento al que se somete a los participantes, un resultados que coincide con los resultados encontrados en estudios posteriores (Martínez, González, Ortiz y Carrillo, 1998; Martínez et al., 2002; Martínez y Tamayo, 2005).

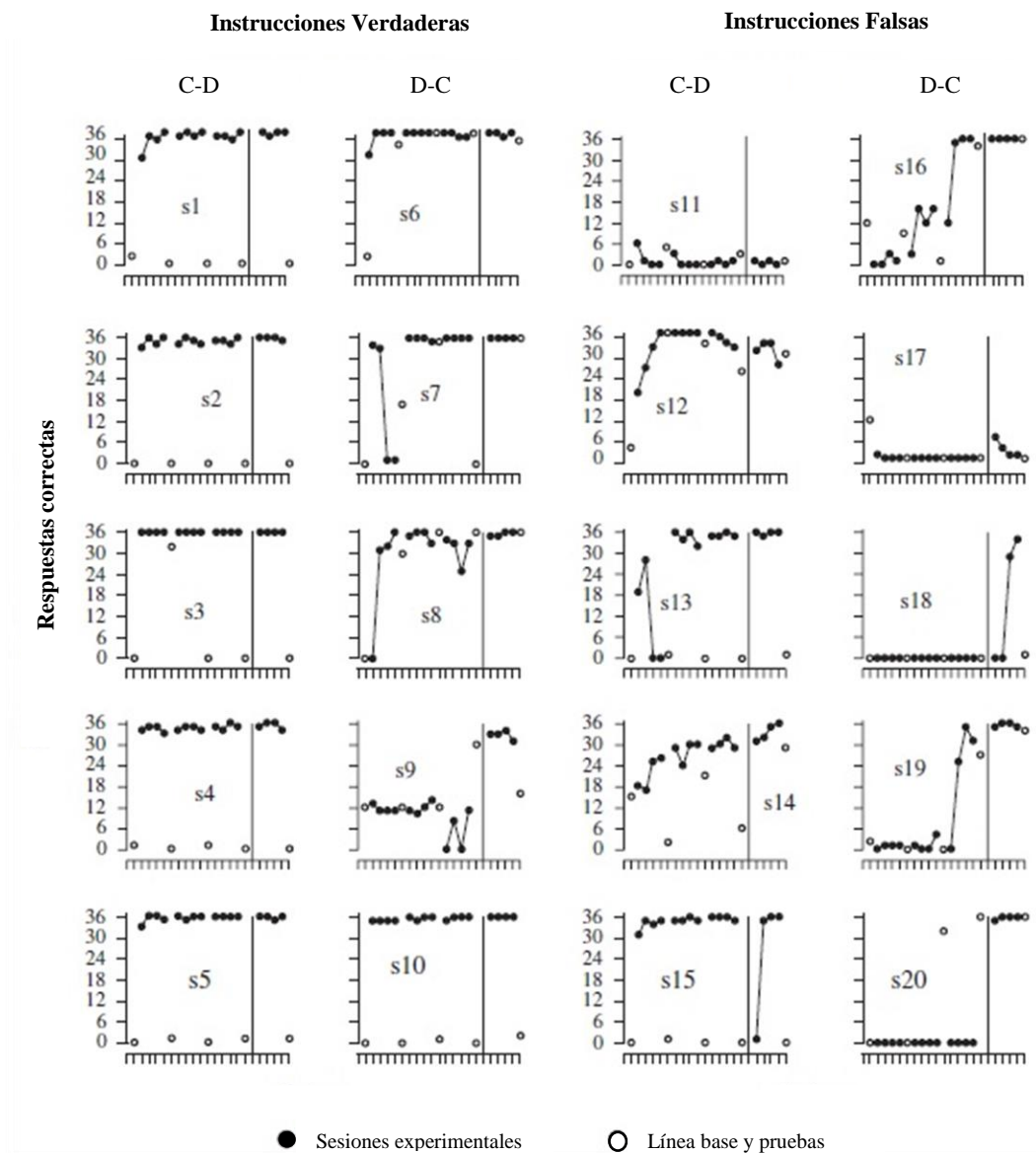
Más recientemente, Ortiz et al. (2006) utilizaron una tarea de igualación a la muestra para estudiar la interacción entre instrucciones genéricas o específicas y retroalimentación continua o demorada, y encontraron que los participantes sometidos a una instrucción genérica con retroalimentación continua tenían una ejecución adecuada comparable a la que mostraban los participantes con instrucción específica y retroalimentación continua. Sin embargo, esto no ocurría en los participantes que estaban sometidos a una instrucción genérica con retroalimentación demorada o acumulada.

Martínez et al. (2007) encontraron datos similares. Estos autores estaban interesados en el estudio de la interacción entre instrucciones verdaderas y falsas y retroalimentación continua o demorada también a través del uso de una tarea de igualación de la muestra. En un primer experimento se sometió a estudiantes universitarios a instrucciones verdaderas o falsas con retroalimentación continua o demorada. Los resultados pueden verse en la Figura 2.3. donde se observa que cuando las instrucciones eran falsas, las contingencias continuas favorecían el contacto con las contingencias de forma más adecuada que la retroalimentación demorada y este resultado es congruente con un estudio previo del autor (Martínez y Tamayo, 2005).

Sin embargo, unos resultados diferentes encontraron Martínez y Ribes (1996) en su estudio, quienes observaron que los participantes a los que les proporcionaba instrucciones falsas con retroalimentación parcial tenían una mejor ejecución que los participantes que tenían retroalimentación demorada o continua. Aunque este resultado difiere de los resultados previamente expuestos, es importante hablar sobre las implicaciones de todos ellos, que dejan constancia de que la respuesta de seguir instrucciones y el posterior control instruccional no es un elemento que únicamente depende de las instrucciones utilizadas o de las contingencias, sino que es producto de la

interacción entre las propiedades de las instrucciones y el programa de reforzamiento al que se somete a los participantes.

**Figura 2.3.** Evolución de los cuatro grupos experimentales, dos de ellos con instrucción verdadera y dos con instrucciones falsas. C: Retroalimentación continua; D: Retroalimentación demorada (adaptado de Martínez et al., 2007).



Este resultado permite matizar resultados de estudios tratados previamente y al que ya hacía referencia el trabajo de DeGrandpe y Buskist (1991), mencionado en el apartado previo. Ello se debe a que ponen de relieve que, aunque en un primer momento las instrucciones falsas pueden generar un patrón de respuesta acorde a la instrucción, esto es, que se produzca seguimiento instruccional, la interacción de estas instrucciones con el programa de retroalimentación puede provocar un abandono de la instrucción y un

ajuste a las consecuencias reales. En otras palabras, cuando un participante responde inadecuadamente a una tarea tras haber sido instruido de forma imprecisa y sin ser informado sobre su ejecución, ésta tenderá a mantenerse estable, ya que el participante no obtiene información sobre si su respuesta es correcta o no. Sin embargo, si el participante es informado sobre su ejecución, esto es, se produce una interacción entre instrucción falsa y retroalimentación, probablemente su respuesta cambie para ser ajustada a las consecuencias reales.

El estudio de la interacción entre las características de las instrucciones y el tipo de retroalimentación fue fundamental para responder a muchas preguntas sobre por qué las instrucciones se siguen o no durante un experimento. Sin embargo, algunos investigadores del campo encontraron que cuando las instrucciones controlaban la respuesta de los participantes, es decir, cuando había control instruccional, éste se mantenía pesar de que las contingencias fueran modificadas. Este hallazgo provocó que los investigadores incluyeran en sus estudios una variable más que hacía más compleja la explicación del fenómeno del control instruccional: la historia experimental.

#### **2.4. Instrucciones e historia experimental.**

Como se ha visto en numerosos estudios comentados previamente, las instrucciones favorecen la aparición rápida de ciertas respuestas, lo que provoca que el contacto con las contingencias programadas ocurra de forma más efectiva. Sin embargo, el control instruccional ha sido considerado por algunos autores del campo como un “arma de doble filo”; estos autores consideran que la respuesta de control instruccional no es sensible al cambio de las contingencias, fenómeno que se denominó insensibilidad a las contingencias (Alessandri y Cançado, 2017; Arismendi y Yorio, 2015; Hojo, 2002; Martínez y Ribes, 1996; Navarick, 2014; Ribes y Martinez, 1990; Martínez et al., 2007). El descubrimiento de este fenómeno dio lugar a que los investigadores del campo se interesaran en estudiar la historia experimental – historia de seguimiento de instrucciones e historia de refuerzo diferencial – como una variable fundamental para entender por qué el control instruccional persiste cuando las contingencias son modificadas. Esta nueva línea de investigación se basa en el supuesto de algunos investigadores de que la historia de reforzamiento y las contingencias juegan un papel esencial en el control instruccional (DeGrandpe y Buskist, 1991 Galizio, 1979; Newman, et al., 1995).

A día de hoy es indiscutible que la historia de aprendizaje es un elemento que influye sobre la ejecución. Weiner (1964) dividió a los participantes en dos grupos en los que creó historias experimentales diferentes – de Razón Fija (RF) o de Refuerzo Diferencial de Tasas Bajas (RDTB) – y a continuación, sometió a los participantes a un programa de IF. Los resultados obtenidos en el estudio demostraron que los participantes sometidos a una historia experimental de RF mostraron respuestas acordes a ésta durante la segunda fase: tasas altas. Del mismo modo, los participantes sometidos a una historia experimental de RDTB mostraron tasas congruentes con este programa durante la segunda fase del experimento, es decir, tasas bajas de respuestas. El autor concluyó que la historia de reforzamiento es un elemento importante a tener en cuenta y que éste interactúa con el efecto de las instrucciones.

Otros autores se han centrado en el estudio del efecto que la historia de seguir instrucciones verdaderas-falsas o precisas-imprecisas tiene sobre la ejecución posterior cuando cambian las contingencias, esto es, el efecto de las instrucciones cuando seguir instrucciones ha sido o no reforzada previamente. Por ejemplo, Ribes y Martínez (1990) crearon diferentes historias instruccionales siguiendo tres secuencias diferentes: verdadera-falsa-propia, falsa-propia-verdadera y propia-verdadera-falsa. Los resultados mostraron que aquellos participantes que cambiaban las instrucciones de verdaderas a falsas obtenían más respuestas correctas que los participantes que cambiaban de instrucciones falsas a verdaderas, lo que indicaba que los participantes mostraron una ejecución acorde a la historia previa de instrucciones, falsas o verdaderas.

Esta idea de que los participantes siguen instrucciones condicionados por la historia instruccional e independientemente de las nuevas contingencias supuso para los analistas de conducta el planteamiento del reto de identificar qué elementos podían manipularse para que la respuesta de seguir instrucciones se hiciera más sensible al cambio de las contingencias. Siguiendo este fin, los investigadores iniciaron experimentos en los que manipulaban la historia experimental, el programa de refuerzo y la precisión de la instrucción. Por ejemplo, Martínez y Ribes (1996) sometieron a los participantes a diferentes secuencias de instrucciones en una tarea de igualación a la muestra, creando así una historia previa de seguimiento instruccional, verdadera-falsa o falsa-falsa con diferentes programas de reforzamiento, continuo, demorado y parcial. Los resultados obtenidos mostraron que el grupo que pasó de instrucciones verdaderas a instrucciones falsas mostró un decremento de respuestas correctas, sin embargo, el grupo que mantuvo



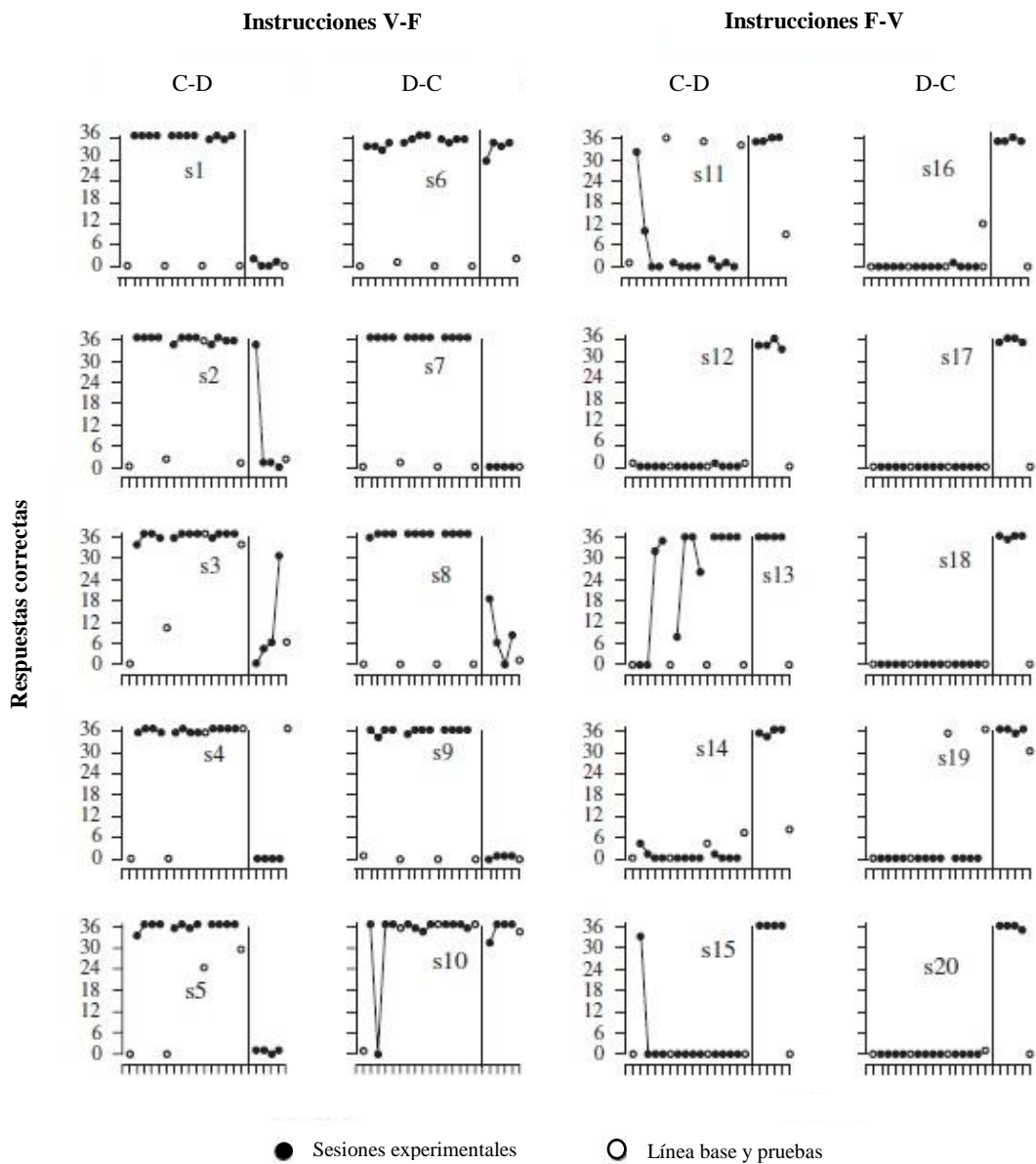
siempre las instrucciones falsas, presentó más variabilidad en sus respuestas, lo que pudo facilitar que alguno de los participantes – sobre todo los participantes con retroalimentación parcial – contactaran con las contingencias reales y modificaran su ejecución.

Hojo (2002) observó en su experimento que los participantes que tenían una historia de instrucciones parcialmente precisas mostraron peor ejecución cuando cambiaron las contingencias que los que tenían una historia de instrucciones precisas o mínimas. Por su lado, Martínez et al. (2007) utilizaron una tarea de igualación a la muestra y crearon diferentes historias experimentales de instrucción verdadera o falsa y con un tipo de retroalimentación, continua o demorada. Así, establecieron cuatro grupos: dos con historia experimental verdadera y dos con historia experimental falsa. Además, en cada uno de esos grupos se modificó la retroalimentación, de continua a demorada y viceversa. En la Figura 2.4. se muestran los resultados obtenidos en el experimento.

Los resultados mostraron que aquellos participantes que tenían una historia instruccional verdadera y que fueron sometidos a una fase de instrucciones falsas mostraron un fuerte control instruccional a pesar de experimentar contingencias incongruentes, a excepción de dos participantes en los que la retroalimentación continua sí tuvo un efecto al pasar a instrucciones falsas, contrarrestando el efecto de la historia instruccional. Del mismo modo, la respuesta de los participantes con una historia instruccional falsa y con una fase posterior de instrucciones verdaderas mostraron un potente control de las instrucciones sobre el comportamiento independientemente a las contingencias.

Martínez y Tamayo (2005) fueron un paso más allá y además de manipular la historia instruccional con instrucciones verdaderas o falsas, utilizaron la precisión de la instrucción para observar el efecto de la interacción entre historia instruccional, precisión de la instrucción y contingencias presentes en una tarea de igualación a la muestra. Los resultados obtenidos demostraron que los participantes respondían erróneamente cuando las instrucciones, genéricas o específicas, no se correspondían con el programa de reforzamiento, y cuando provenían de historias instruccionales verdaderas.

**Figura 2.4.** Gráficas de evolución de las respuestas en los cuatro grupos del experimento, pasando de una historia instruccional verdadera a falsa y de una historia instruccional falsa a verdadera. C: Retroalimentación continua; D: Retroalimentación demorada (adaptado de Martínez et al., 2007).



Ortiz et al. (2007) encontraron resultados diferentes. Estos autores también estaban interesados en la sensibilidad al cambio contingencial y quisieron analizar si la historia de reforzamiento del seguimiento de instrucciones influía en ésta. Utilizaron tres grupos a los que no se modificó el tipo de instrucción, a pesar de que en la segunda fase cambiaran las contingencias: genérica-genérica, específica-específica y mínima-mínima. Y otros dos grupos en los que sí se modificó el tipo de instrucción cuando las contingencias cambiaron: genérica-mínima y específica-mínima. Los resultados mostraron que cuando cambiaron las contingencias, la ejecución del grupo que siempre

tuvo una instrucción específica fue peor que la de los grupos que siempre tuvieron una instrucción genérica o mínima. Sin embargo, los otros dos grupos, en los que sí se modificaron el tipo de instrucción, fueron los que mostraron mejor ejecución cuando cambiaron las contingencias. Esto parece indicar que las instrucciones genéricas o mínimas, dado que adquieren la correcta ejecución a través del contacto con las contingencias, muestran más sensibilidad al cambio de éstas, algo que no ocurre cuando hay instrucciones específicas.

Los resultados obtenidos en los estudios tratados en el presente apartado permiten concluir que efectivamente, la historia experimental de los participantes es una variable a tener en cuenta a la hora de explicar por qué las instrucciones ejercen un papel de control sobre el comportamiento cuando cambian las contingencias. Estos resultados ponen el énfasis en la importancia de la historia del refuerzo de seguir instrucciones como un fenómeno más a conocer y que interactúa con otras variables para determinar el control instruccional.

Concretamente, estos resultados indican que: (1) La historia de seguimiento instruccional es importante a la hora de explicar por qué ciertas instrucciones son seguidas a pesar de que las contingencias han cambiado. Efectivamente, cuando seguir instrucciones ha sido reforzado en el pasado aumenta la probabilidad de que en el futuro la instrucción sea seguida, algo que es menos probable cuando la conducta de seguir instrucciones no ha sido reforzada previamente; (2) la variabilidad en la respuesta de los participantes es un elemento importante cuando las contingencias cambian; cuanto más variable es la respuesta más probable resulta el contacto con las contingencias reales cuando las contingencias cambian, incluso cuando las instrucciones no se corresponden con las contingencias; (3) las instrucciones más generales o mínimas parecen favorecer esta variabilidad en las respuestas más que las instrucciones específicas, ya que no limitan el rango de respuestas a emitir – como ocurre con las instrucciones precisas –, y por tanto, la respuesta va adquiriéndose progresivamente y ajustándose a las propias contingencias reales; y (4) el tipo programa de reforzamiento parece ejercer un papel importante en el cambio de ejecución cuando las contingencias son modificadas.

## **2.5. Instrucciones y consecuencias demoradas.**

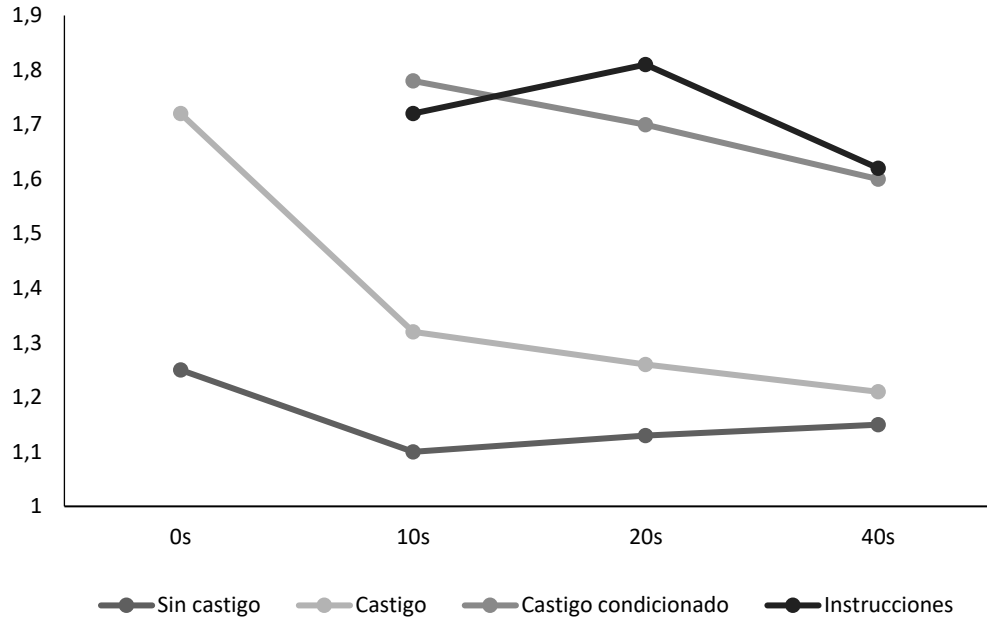
Además de la interacción entre las instrucciones y el programa de reforzamiento, es importante mencionar el papel que éstas ejercen sobre las consecuencias a medio o

largo plazo (Meindl y Casey, 2012). Una de las características del lenguaje es la capacidad de traer al presente consecuencias que no son inmediatas, sino que ocurren en diferido. De este modo, una de las formas como se ha definido el autocontrol o la capacidad de autorregulación del comportamiento es como la habilidad de anticiparse a los refuerzos demorados, con el fin de emitir comportamientos que favorezcan el acceso a éstos y no únicamente comportamientos dirigidos a la obtención de consecuencias inmediatas. Esta capacidad se empieza a adquirir en los niños cuando se produce el desarrollo lingüístico, debido a que es entonces cuando estos comienzan a establecer relaciones entre respuestas y consecuencias demoradas. Es en este punto cuando las instrucciones empiezan a tener un papel importante sobre la regulación del comportamiento, ya que éstas permiten llenar el espacio temporal existente entre la respuesta y la consecuencia demorada (Cheyne y Walter, 1970).

Algunos autores han investigado el papel de las instrucciones sobre la ejecución humana cuando las consecuencias son demoradas como, por ejemplo, Trenholme y Baron (1975) a través del castigo demorado. Estos investigadores sometieron a los participantes a un primer estudio donde había pérdidas monetarias como consecuencia de presionar un botón en presencia de una luz. Los participantes eran divididos en cuatro grupos según el tiempo que transcurría entre la respuesta y la pérdida monetaria: pérdida inmediata, 10, 20 ó 40 segundos. Los resultados pueden ser observados en la Figura 2.5. y muestran que la supresión del comportamiento – latencia de respuesta – fue mayor cuanto más inmediata era la aplicación de la contingencia.

En un segundo estudio, siguiendo el mismo procedimiento, se introdujo la instrucción que informaba que la pérdida monetaria se producía como consecuencia de presionar el botón, a otros participantes se le introdujo un castigo condicionado (ruido blanco). Los resultados, que pueden verse en la parte superior de la Figura 2.5., mostraron que agregando tales instrucciones el grado de supresión de la respuesta era equiparable al que generaba el castigo inmediato y el castigo condicionado. Esto parecía indicar que las instrucciones sobre las consecuencias demoradas ejercían el mismo efecto sobre la ejecución que el castigo inmediato o condicionado.

**Figura 2.5.** Latencias promedio de los participantes del grupo sin castigo y con castigo del primer experimento (parte inferior) en cada uno de los diferentes niveles de la demora del castigo y de los participantes del grupo de castigo condicionado y con instrucciones, del segundo experimento (parte superior) en cada una de las diferentes demoras del castigo (adaptado de Trenholme y Baron, 1975)



De forma similar, Verna (1977) estudió el efecto que la instrucción sobre un castigo demorado de cuatro horas – eliminar fichas con las que podía conseguir premios – tenía sobre el comportamiento de juego en niños de 10 años de edad. El resultado obtenido en el experimento muestra que las instrucciones sobre el castigo demorado tuvieron un efecto comparable al que ejerció el castigo proporcionado de forma inmediata. Evidentemente, añadimos nosotros, este efecto dependerá de la historia de aprendizaje previa de los niños: si éstos no han experimentado ensayos previos de aprendizaje en el que las “amenazas” de castigo se cumplen, probablemente no cambiarán su comportamiento.

El hallazgo de las instrucciones como forma de iniciar respuestas cuando las consecuencias no son efectivas por sí solas es lo que ya postulaban Ayllon y Azrin (1964) en sus clásicos estudios, sin embargo, estos autores utilizaban consecuencias inmediatas que explicaban el mantenimiento del seguimiento instruccional posterior una vez que los participantes habían tenido contacto con las contingencias. En el caso de las consecuencias demoradas observamos que el comportamiento se mantiene a pesar de no

haber consecuencias inmediatas, lo que hace todavía más explícito el potente papel que las instrucciones ejercen como forma de controlar nuestro comportamiento.

### **3. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS EXPERIMENTALES EN EL CAMPO DE LAS INSTRUCCIONES**

A la luz de los resultados de los estudios revisados y que se han realizado en las últimas seis décadas en el campo de las instrucciones, es importante hacer una reseña de las principales implicaciones de las conclusiones obtenidas. Algunos de estos resultados han permitido a los investigadores del campo explicar ciertas características del control instruccional con las que los analistas de conducta parecen estar de acuerdo, como el papel de las instrucciones como medio para la adquisición de una respuesta; sin embargo, existen otras características de este fenómeno que en la actualidad aún son controvertidas, manteniéndose la falta de consenso, como es el caso de la insensibilidad a las contingencias.

#### **3.1. La concepción de instrucción como estímulo discriminativo.**

Una de las principales conclusiones de los estudios experimentales sobre instrucciones en las que los expertos coinciden es en la idea de que el seguimiento instruccional debe ser considerado como una respuesta operante que es susceptible de ser adquirida, reforzada, discriminada, extinguida y castigada. Esta idea ha propiciado que las instrucciones sean consideradas como estímulos discriminativos por la mayoría de investigadores del campo (Baron y Galizio, 1983; 1990; Catania, 1984; Martínez et al., 2002; 2007).

La consideración de la instrucción como estímulo discriminativo deriva de los resultados de algunos estudios previamente comentados donde se demuestra que tras una historia en la que la respuesta de seguir instrucciones ha sido reforzada en presencia de una instrucción, ésta adquiere propiedades discriminativas; pero además, otros estudios han intentado analizar de forma explícita si efectivamente las instrucciones pueden tener tal función sobre el comportamiento como por ejemplo, Galizio (1979) quien observó que las instrucciones precisas sobre el intervalo en el que se posponía una pérdida manipulando una manivela adquirió función discriminativa, o Okouchi (1999) quien demostró que la instrucción “presiona rápido” adquiría la función discriminativa de una

respuesta incongruente con la instrucción – presionar despacio – cuando los participantes eran reforzados por emitir esa respuesta incongruente.

Aunque esta concepción sea la mayoritariamente aceptada por los investigadores del campo, es criticada por otros, como O’Hora y Barnes-Holmes (2004) quienes consideran que una instrucción no puede ser un estímulo discriminativo a menos que el comportamiento de seguir instrucciones haya sido reforzado explícitamente en presencia de dicha instrucción. De este modo, una instrucción nueva no puede ser considerada como estímulo discriminativo, puesto que no ha habido historia de reforzamiento diferencial del seguimiento de tal instrucción. No obstante, Cerutti (1989) considera que el seguimiento de instrucciones actúa como operante generalizada que no necesita un reforzamiento diferencial específico, sino que puede surgir como resultado de combinaciones de instrucciones previamente reforzadas. Por ejemplo, si reforzamos a alguien por seguir las instrucciones “pulsa el botón rojo” y, “gira la manivela azul”, es muy probable que responda correctamente a la instrucción “pulsa el botón azul” sin necesidad de reforzamiento explícito. Además, esta idea, apoyada por otros autores (Catania, Matthews y Shimoff, 1990), ayuda a entender la tendencia humana de seguir instrucciones a pesar de no haber reforzamiento explícito.

La idea de considerar el seguimiento de instrucciones como una operante generalizada ha sido comparada con la respuesta de imitación, también considerada como tal (Baer y Sherman, 1964). Al igual que lo que ocurre con las instrucciones, la conducta de imitación surge por una historia de aprendizaje en la cual emitir una respuesta imitativa ha sido reforzada, dando lugar a que en la actualidad ciertos estímulos ambientales puedan evocar la respuesta de imitación sin precisar refuerzo explícito.

Una segunda crítica de la concepción de instrucción como estímulo discriminativo es la llevada a cabo por Schlinger y Blakely (1987). Según éstos, una instrucción no puede ser siempre considerada un estímulo discriminativo *per se*, sino que esta función debe quedar delimitada a aquellas instrucciones que evocan de forma inmediata el comportamiento instruido. Por lo tanto, la instrucción “pulsa el botón” se consideraría un estímulo discriminativo únicamente si evoca inmediatamente la respuesta instruida. Sin embargo, como afirman estos autores, no todas las instrucciones tienen este efecto y, por lo tanto, carece de sentido dotarlas de dicha función únicamente porque antecedan al comportamiento instruido.

En su lugar, Schlinger y Blakely proponen la idea de que estas instrucciones funcionan como estímulos alteradores de funciones, esto es, estímulos especificadores de contingencias que alteran la función de ciertos estímulos ambientales, aumentando la probabilidad de emisión de una determinada conducta. Así, la instrucción anterior no podría considerarse un estímulo discriminativo, sino un estímulo que altera la función de la luz, convirtiéndola en estímulo discriminativo de la respuesta de presionar el botón.

En relación a este debate y bajo nuestra perspectiva, la idea de instrucción como estímulo discriminativo defendida por los principales investigadores del campo experimental no es excluyente de la de estímulo alterador de funciones de Schlinger y Blakely (1987). Teniendo en cuenta que ningún evento verbal tiene una función por sí mismo, sino que esta la adquiera acorde a la historia de aprendizaje de los individuos, un evento verbal puede adquirir función discriminativa por su historia de aprendizaje, pero a la vez, gracias a la capacidad del lenguaje para establecer relaciones de contingencias, puede dotar a las instrucciones de otras diferentes funciones para las personas acordes a una historia de aprendizaje.

Por ejemplo, pensemos en la instrucción que se le da a un niño de “ve a casa de la abuela a las 5 y te dará un dulce”. Esta instrucción puede tener función discriminativa si ha habido una historia de reforzamiento diferencial del seguimiento de instrucciones, haciendo probable la emisión de tal comportamiento ante la presentación de la instrucción. Pero además la instrucción, al mencionar la disponibilidad del reforzador en relación a un estímulo ambiental, el reloj a las 5 de la tarde, puede configurarlo como un estímulo discriminativo de la respuesta ir a casa de la abuela. Aún más, podríamos encontrar que la historia previa de condicionamiento favoreciese que, al hacer referencia a otros elementos – la abuela y los dulces –, la instrucción adquiriese otras funciones explicadas por el condicionamiento respondiente; por ejemplo, que la abuela y los dulces tengan función de estímulos condicionados que eliciten respuestas condicionadas. De este modo, la instrucción podría también considerarse como una variable disposicional que aumenta la probabilidad de emisión de la respuesta de ir a casa de la abuela (Bijou y Baer, 1966). Por lo tanto, aunque una instrucción tenga propiedades discriminativas fruto de que el seguimiento instruccional sea una respuesta que frecuentemente haya sido reforzada, no podemos obviar otras funciones que pueden estar presentes, haciendo necesario el estudio de los eventos verbales de forma independiente y acorde a la historia de aprendizaje particular del individuo.



### **3.2. Las instrucciones como *motor* de nuevas respuestas. Ventajas y desventajas.**

Más allá de la función de las instrucciones, otra de las implicaciones que derivan de los experimentos en el campo y sobre la que hay un acuerdo general entre los investigadores es en la capacidad de las instrucciones para que las personas adquieran nuevos comportamientos. De hecho, en estudios previamente nombrados observábamos como los participantes de algunos experimentos no respondían cuando no eran instruidos, aunque las contingencias estuvieran disponibles (Arismendi y Yorio, 2015; Ayllon y Azrin, 1964) e incluso cuando las contingencias eran aversivas por no responder (Ader y Tatum, 1961; Baron y Kaufman, 1966), lo que supuso uno de los más importantes hallazgos en el campo del control instruccional.

Sin embargo, si bien este hallazgo fue importante para el desarrollo del estudio del aprendizaje humano a través de instrucciones, los investigadores se dieron cuenta que los comportamientos adquiridos de esta manera mostraban dificultades a la hora de ajustarse a las contingencias cuando éstas cambiaban (Hayes et al., 1986; Shimoff, Catania y Matthews, 1981; Joyce y Chase, 1990). Este hallazgo, comentado previamente y denominado insensibilidad a las contingencias, dio lugar a una proliferación del estudio de las instrucciones, intentando dar respuesta a si la conducta adquirida mediante instrucciones era o no sensible al cambio en las contingencias. A pesar de los esfuerzos de los investigadores a lo largo de las últimas décadas por responder a esta pregunta, el debate permanece abierto a día de hoy.

Dentro de este debate podemos encontrar un amplio abanico de posiciones: desde autores que consideran que la sensibilidad es una propiedad definitoria de la conducta adquirida mediante instrucciones (Shimoff et al., 1981), a otros que piensan que hay ciertas variables que pueden influir y eliminar esta insensibilidad (Joyce y Chase, 1990; Lefrancois, Chase y Joyce, 1988; Michael y Bernstein, 1991), otros que mencionan que este hallazgo ha sido fruto de algunos problemas metodológicos en los experimentos (Newman, Hemmes, Buffington y Andreopoulos, 1994), e incluso otros, como Ribes (2000), quien considera que la respuesta de seguimiento instruccional se muestra insensible a las contingencias únicamente de forma temporal, tendiendo a disminuir al no haber contacto con las contingencias reales.

Como se ha visto en los resultados presentados previamente, la respuesta de seguir instrucciones no siempre es insensible a las contingencias cuando éstas son modificadas

(Alessandri y Cançado, 2017; Arismendi y Yorio, 2015; Baron y Galizio, 1983; Galizio, 1979; Buskist y Miller, 1986; Martínez y Ribes, 1990; Martínez y Tamayo, 2005; Navarick, 2014), sino que ésta depende de diferentes variables como el programa de refuerzo utilizado, si la variabilidad de la respuesta de los participantes permite entrar en contacto con la incongruencia, o de la precisión de la instrucción utilizada.

Otros estudios han abordado el fenómeno de la insensibilidad a las contingencias de forma diferente y han analizado si las conductas adquiridas a través instrucciones son más o menos sensibles al cambio de las contingencias que las adquiridas a través del moldeamiento. Por ejemplo, Shimoff et al. (1981) compararon ejecuciones adquiridas a través de instrucciones con ejecuciones adquiridas a través de moldeamiento, utilizando un programa RDTB de “presionar con lentitud”. Se enseñó a los participantes a pulsar una tecla por moldeamiento o a través de instrucciones y demostración. Los resultados mostraron que cuando se eliminaron las consecuencias contingentes a presionar con lentitud, siete de los 11 participantes del grupo de moldeamiento incrementaron su tasa de respuesta frente a tres de los 10 participantes del grupo de instrucciones, lo que sugirió a los investigadores que las personas que adquirieron el comportamiento mediante moldeamiento mostraron mayor sensibilidad al cambio de las contingencias. Este resultado, además, fue similar al encontrado por Matthews, Shimoff, Catania y Sagvolden (1977) en un estudio previo.

Otros autores han mencionado que la insensibilidad a las contingencias de las conductas adquiridas a través de instrucciones se produce por una ausencia de consecuencias aversivas por responder erróneamente (Baron y Galizio, 1983), es decir, debido a que responder atendiendo a la instrucción más que a las contingencias no tiene ningún coste para los individuos. Esta idea llevó a algunos investigadores a introducir el coste de respuesta en sus experimentos para comprobar si la sensibilidad a las contingencias se reducía; por ejemplo, Baron et al. (1969), observaron que al introducir una pérdida monetaria como coste de respuesta disminuía la respuesta de seguir instrucciones que no se correspondían con el programa, o Galizio (1979) que además de encontrar este mismo resultado, observó que los participantes no volvían a seguir las instrucciones cuando el coste de respuesta se eliminaba nuevamente.

Más allá del debate sin resolver de si los comportamientos adquiridos por medio de instrucciones son sensibles o no a las contingencias, la idea de que el uso de instrucciones es un elemento esencial en los procesos de aprendizaje en humanos es irrefutable,

ejerciendo un potente papel sobre el control del comportamiento, tanto a la hora de adquirir como de mantener una conducta. Por este motivo, fruto de los resultados de los experimentos, algunos investigadores han propuesto varias medidas a tener en cuenta a la hora de utilizar instrucciones como forma de adquisición de respuestas para que sean más sensibles a las contingencias, de modo que se reduzca la probabilidad de que se provoque insensibilidad ante el cambio de contingencias sin necesidad de prescindir de los beneficios que las instrucciones aportan al aprendizaje, como su utilidad para la adquisición rápida de respuestas y el contacto con las contingencias programadas.

Entre estas medidas se encuentra utilizar instrucciones complejas que expliciten el programa de reforzamiento y no únicamente la respuesta requerida (Baron y Galizio, 1983), pero además que deje constancia de posibilidad de cambio contingencial, permitiendo así una variabilidad en la respuesta de los individuos que permita el contacto con las contingencias posteriores si son modificadas; omitir información sobre la respuesta, esto es, utilizando instrucciones generales que favorezcan que la respuesta ocurra a través de un proceso de moldeamiento que provoque que el contacto con las contingencias sea gradual (Ortiz et al. 2006); o el uso de retroalimentación, es decir, el efecto de la retroalimentación tras la ejecución que proporcione a los individuos información sobre su ejecución (Martínez et al., 2007).

### **3.3. El seguimiento de instrucciones.**

La respuesta de seguimiento de instrucciones ha sido señalada como la variable dependiente principal en los estudios experimentales sobre control instruccional, pero ¿qué han concluido estos estudios sobre la respuesta de seguimiento de instrucciones? ¿De qué depende el seguimiento de instrucciones? Ante esta pregunta, algunos expertos del campo diferencian entre seguir instrucciones por las consecución de las contingencias explícitas en las mismas, esto es, por conseguir los reforzadores pertinentes contingente a la emisión de la respuesta instruida, y seguir las instrucciones como una operante generalizada, como se habló previamente, y que provoca una tendencia a seguir instrucciones fruto de la historia previa de aprendizaje del seguimiento instruccional, respuesta que se ha denominado por algunos autores como *respuesta de instrucción* (Schoenfeld y Cumming, 1963).

Cerutti (1989) toma en consideración esta idea de que en el seguimiento instruccional opera una doble contingencia. El autor menciona que además de las propias

contingencias del proceso de seguir instrucciones, la respuesta de seguimiento de instrucciones permite a las personas acceder a unas consecuencias naturales denominadas como *consecuencias colaterales*. De este modo, el seguimiento de la instrucción “lávate los dientes antes de dormir” que se le puede dar a un niño está controlado por las propias contingencias de seguir la instrucción, fruto de la historia de reforzamiento previa de seguir instrucciones, así como por las consecuencias colaterales – naturales – de llevar a cabo la respuesta instruida, esto es, sentir los dientes limpios, frescor en la boca, etc.

Como se ha visto en los diferentes estudios experimentales presentados en el presente capítulo, es innegable el papel que las contingencias y los diferentes programas de reforzamiento ejercen sobre el comportamiento, pero también es importante incluir el efecto que las contingencias mediadas por los demás – por el agente que instruye – tiene sobre éste. Así, Kroger-Costa y Abreu-Rodriguez (2012) observaron que el seguimiento de instrucciones estaba influenciado por la presencia del experimentador, aunque no existiese una historia de reforzamiento de esa respuesta, lo que les llevó a sugerir que el control instruccional puede ser fortalecido por contingencias sociales, una idea apoyada por otros autores (Arismendi y Yorio, 2015).

Aunque el contacto con las contingencias ya daba respuesta al fenómeno de seguimiento instruccional, el auge de la llamada “revolución cognitiva” propició que algunos investigadores buscaran explicaciones alternativas basadas en interpretaciones mediacionales. De este modo, los autores afines a esta perspectiva defienden que las contingencias no son las que operan sobre el seguimiento de instrucciones, sino lo que “la persona se dice sobre las contingencias”. Entre estos autores podemos destacar posturas como la de Bandura (1977) quien dice que los participantes de los experimentos crean representaciones mentales sobre las contingencias lo cual influye en el seguimiento de las instrucciones o la de Thoresen y Mahoney (1974), quienes plantean que las ejecuciones humanas complejas requieren imágenes acerca de las contingencias asociadas al seguimiento de la tarea o incluso perspectivas más extremas, como la Brewer (1974) quien considera que la conducta humana no está sujeta a condicionamiento.

Estas explicaciones cognitivas sobre el seguimiento instruccional han sido criticadas por algunos autores, como por ejemplo Shimoff et al. (1981) quienes no niegan la idea de que puedan existir eventos privados, pero afirman que éstos no pueden ser tomados como variables explicativas, sino como variables que pueden acompañar a las

respuestas de seguimiento y que tienen que ser explicadas en función de variables ambientales.

Desde nuestra perspectiva, el seguimiento instruccional es una respuesta compleja que depende de cada individuo, instrucción y tarea utilizada, así como de la historia individual de seguimiento de instrucciones. Por este motivo consideramos que establecer contingencias y procesos encubiertos generales para explicar la respuesta de seguimiento y aplicables a todas las personas va en contra de los principios del análisis de la conducta. Además, compartimos también la visión de Holz y Azrin (1966), investigadores del campo de las instrucciones, quienes consideran que en el fenómeno de seguimiento instruccional puede estar operando algunos eventos privados, pero debido al desconocimiento de su papel dentro del fenómeno y por la dificultad de ser estudiado mediante manipulación experimental, considerarlo como causa va en contra de la ley de parsimonia.

En su lugar, consideramos que el seguimiento instruccional requiere la elaboración de un análisis funcional único que ayude a explicar, predecir y modificar las relaciones existentes entre los eventos ambientales y el seguimiento instruccional, una idea que es de especial relevancia para el ámbito en el que se desarrolla la presente tesis doctoral, el campo clínico.

#### **4. RELEVANCIA CLÍNICA DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS SOBRE INSTRUCCIONES**

Para concluir el presente capítulo, es importante poner el énfasis en las implicaciones que los principales hallazgos en el campo experimental tienen para el campo clínico o aplicado en el que se centra la presente tesis doctoral. En este sentido, se debe tener en cuenta que, aunque el seguimiento de instrucciones ha sido estudiado mayoritariamente en el campo de la psicología básica o experimental, también está presente en muchas otras áreas: ámbito educativo, clínico, laboral, etc., sin embargo, los estudios que estudien las instrucciones de forma específica son menos frecuentes en estas últimas. Esta escasez de estudios en campos aplicados plantea la necesidad de utilizar los resultados experimentales como punto de partida de los estudios aplicados.

De hecho, desde el análisis de conducta se considera esencial la necesidad de establecer un puente de unión entre los resultados obtenidos en laboratorios y la utilidad para los diferentes ámbitos aplicados, esto es, la conversión de las diferentes teorías sobre instrucciones en herramientas prácticas para los profesionales. En los tratamientos psicológicos la respuesta de seguimiento de instrucciones tiene un papel central, ya que, como se verá más detalladamente en el próximo capítulo, una de las principales funciones del psicólogo clínico es que los clientes, a través de la interacción terapéutica y concretamente a través del uso de instrucciones, ejecuten ciertos comportamientos de los cuales se obtendrá el cambio clínico. Por este motivo, los resultados experimentales obtenidos en la investigación en laboratorio sobre seguimiento de instrucciones pueden ser útiles para los clínicos a la hora de establecer explicaciones sobre cómo ocurre este comportamiento cuando un cliente acude a la consulta de un psicólogo. A su vez, estas aplicaciones podrían ayudar a formar psicólogos clínicos con el fin último de convertirse en terapeutas más eficaces y eficientes y proporcionar un mejor servicio a sus clientes. Por este motivo, las posibles aplicaciones clínicas de los resultados experimentales expuestos en este capítulo serán resumidas a continuación.

Por un lado, centrándonos en cómo las personas aprenden a través de instrucciones, es importante hablar de su papel a la hora de adquirir nuevas respuestas. Los estudios sobre el tema han demostrado que incluso aunque las consecuencias que experimentan los participantes sean aversivas, éstos no responden a menos que sean instruidos sobre ello (Arismendi y Yorio, 2015; Ader y Tatum, 1961). Estos resultados son interesantes por su similitud al trabajo del psicólogo clínico quien frecuentemente se encuentra en su consulta a clientes que están repetidamente expuestos a consecuencias aversivas contingentes a sus conductas y, a pesar de ello, son mantenidas en el tiempo. Sin embargo, el terapeuta, a través del uso de instrucciones, favorecerá la ejecución de respuestas alternativas proterapéuticas a través de las cuales el cliente obtendrá contingencias apetitivas; tales respuestas pudieran haber estado disponibles previamente para el cliente, pero hasta que el terapeuta las empieza a instruir no se ejecutaban.

Desde una visión clínica, pero no por ello alejada del campo experimental, el mantenimiento de la respuesta adquirida podría ser explicado de dos formas: porque los clientes desconocen la disponibilidad de otras contingencias menos aversivas y por lo tanto responden acorde a consecuencias que si bien a corto plazo son eficaces, a largo plazo son inadecuadas desde el punto de vista terapéutico – por ejemplo, personas con

bajo de estado de ánimo que mantienen su respuesta de pasividad en cuanto a la búsqueda de reforzadores – o bien porque a pesar de saber de su existencia, no tienen las habilidades suficientes para llevar a cabo una respuesta – por ejemplo, personas con déficits en habilidades sociales que mantienen su respuesta de pasividad a pesar de saber los beneficios de ser asertivo –. Sea cual sea la explicación de la ausencia de respuesta, tanto para que el cliente conozca la disponibilidad de las contingencias o para que adquiera una determinada habilidad, el terapeuta es considerado como el *motor* de cambio, provocando la adquisición de nuevas respuesta través de instrucciones y favoreciendo el contacto con contingencias más adaptativas de las cuales se derivará el cambio clínico.

Por otro lado, otro resultado importante sobre el aprendizaje por instrucciones y que es de suma relevancia en nuestro campo es que esta forma de aprendizaje permite que las personas adquieran comportamientos en el que las contingencias no son inmediatas, sino a medio o largo plazo (Meindl y Casey, 2012; Trenholme y Baron, 1975; Verna, 1977). Este aspecto tiene especial relevancia en el caso de los tratamientos psicológicos donde a pesar de que los terapeutas instruyen a los clientes sobre la modificación de ciertos comportamientos, las contingencias de finalizar con el tratamiento – solucionar su problema – suelen ocurrir a medio-largo plazo, a diferencia de lo que ocurre en los experimentos de laboratorio donde los experimentadores utilizan un programa de refuerzo que suele ser más inmediato. A pesar de esta diferencia, frecuentemente los clientes suelen seguir las instrucciones proporcionadas por los terapeutas, lo que podría estar explicado por diferentes procesos: en primer lugar, por la utilización de verbalizaciones motivadoras – explicitación de contingencias – que acompañan a las instrucciones y que ayuda a los clientes a anticipar las contingencias demoradas que, como se ha visto en algunos estudios, tienen un efecto sobre el comportamiento inmediato (Trenholme y Baron, 1975). En segundo lugar, por el uso de los terapeutas de procedimientos de moldeamiento verbal a través del cual el terapeuta va reforzando – o castigando – el seguimiento – o no seguimiento – de instrucciones. Y, por último, las consecuencias inmediatas derivadas del seguimiento de instrucciones pueden ser apetitivas y, por tanto, reforzar dicho seguimiento, aunque no supongan la solución total del problema.

Es importante aquí mencionar los resultados de algunos estudios experimentales, donde la respuesta de seguir instrucciones tiende a debilitarse ante la ausencia de refuerzos contingentes (por ejemplo, Ayllon y Azrin, 1964); por ello los terapeutas no sólo deben utilizar instrucciones que hagan mención a las consecuencias demoradas,

como por ejemplo, “haz media hora de deporte cada día antes de comer y verás cómo bajas de peso”, sino que para prevenir el decremento de la respuesta de seguimiento de instrucciones hasta que las contingencias naturales tengan efecto sobre éste, puede ser útil utilizar otros procedimientos como el refuerzo verbal del terapeuta contingente al seguimiento, o incluso el uso de refuerzos auto-proporcionados por el cliente o por personas de su entorno tanto, que pueden ser verbales o no verbales.

El efecto del uso de reforzadores contingentes al seguimiento por parte del terapeuta junto con la anticipación de consecuencias demoradas es todavía más visible cuando el seguimiento de instrucciones va asociado a consecuencias aversivas, por ejemplo, cuando un cliente se tiene que exponer ante estímulos que le provocan una respuesta de ansiedad. En este sentido, además del uso de instrucciones que expliciten las consecuencias demoradas, y el uso de aproximaciones sucesivas con refuerzos contingentes inmediatos, la habilidad del psicólogo clínico de anticipar al cliente las posibles consecuencias aversivas que ciertos comportamientos tienen asociadas y de dar herramientas para hacerles frente ha demostrado tener un efecto positivo sobre el seguimiento de instrucciones, lo que ha dado lugar a que sea considerado como una operación de establecimiento que aumenta la probabilidad de emisión de ciertas respuestas instruidas (de Pascual, 2015).

Sin embargo, a diferencia de los experimentos de laboratorio, un aspecto importante a resaltar es que durante las sesiones terapéuticas los terapeutas no siempre explicitan las consecuencias – a medio o largo plazo – asociadas a diferentes respuestas que instruyen. Desde nuestro punto de vista esto es debido a dos motivos: uno relacionado con la estructuración de las intervenciones psicológicas donde los terapeutas dedican una sesión completa, que suele tener lugar tras la evaluación de la problemática del cliente, a la explicación del análisis funcional y al planteamiento de los objetivos terapéuticos. Durante esta sesión, además de proporcionarle al cliente una visión funcional del problema y los objetivos de intervención en los que se va trabajar, ya se explicitan las consecuencias a largo plazo que se van a obtener con el cambio de los diferentes comportamientos en los que se basan las instrucciones que posteriormente el terapeuta va a ir dando (Froján y Santacreu, 1999).

Un segundo argumento tiene que ver con la frecuencia en la que se instruyen ciertos comportamientos y con la estructuración del discurso terapéutico: teniendo en cuenta que los tratamientos psicológicos son fundamentalmente hablados, durante una sesión clínica



los terapeutas pueden llegar instruir varias veces sobre una misma respuesta sin necesidad de explicitar las consecuencias cada vez que instruye. Esto es, una vez que el terapeuta ha instruido “practica la relajación antes de dormir y dormirás mejor”, no necesita explicitar las consecuencias “dormirás mejor” si vuelve a instruir en que practique la relajación. Este hecho constituye una cuestión de economía del lenguaje, más que una cuestión de omisión de la información sobre las contingencias. Además, es importante tener en cuenta que el discurso terapéutico no es aislado, sino que se estructura por bloques, tal y como se trató en el anterior capítulo – bloques motivadores, bloques de instrucciones, etc. – y, por tanto, la ausencia de explicitación de consecuencias antes o después de una instrucción no significa que el bloque instruccional carezca de verbalizaciones en las que el terapeuta hable de las consecuencias de actuar de una determinada forma.

Respecto al efecto que ciertas instrucciones tienen sobre la ejecución humana, es importante hablar de los resultados en cuanto a la precisión de las instrucciones. Como se ha visto en los estudios expuestos, el uso de instrucciones favorece la adquisición de respuestas, en parte porque hace posible que la persona entre en contacto con las contingencias naturales para que el comportamiento se mantenga en el repertorio. Sin embargo, los estudios demuestran que no es suficiente con instruir de cualquier forma, de lo que se deducimos que formar a los terapeutas sobre cómo instruir sería un elemento importante a tener en cuenta. En este sentido, la precisión de la instrucción parece ser un elemento que merece especial atención. Si bien es cierto que cuanto más precisa es la instrucción, más probable es que la persona experimente las consecuencias (Baron et al. 1969; Shimoff et al. 1981), en ocasiones la precisión puede ir en detrimento de la ejecución cuando las contingencias cambian.

Aunque los resultados de los estudios han demostrado que hasta las instrucciones imprecisas tienden a controlar el comportamiento (por ejemplo, Martínez y Tamayo, 2005), el interés del clínico debe radicar en que los comportamientos adquiridos por instrucciones entren en contacto con las contingencias naturales. Para ello, ser precisos sobre las respuestas puede ser un elemento que favorezca el desarrollo de esas nuevas conductas al principio de la intervención, facilitando a la persona entrar en contacto con las contingencias disponibles. De este modo, terapeutas que instruyen de forma general – por ejemplo, “practica la respiración” – probablemente tengan peores resultados sobre el seguimiento instruccional que aquellos que instruyen de forma específica sobre la

respuesta, bien sea de forma verbal – especificando paso a paso la respuesta – o a través del uso de práctica dentro de sesión.

Del mismo modo, ser precisos a la hora de establecer relaciones de contingencias entre las respuestas y las consecuencias también es un elemento que podría ser importante en el ámbito clínico. De hecho, uno de los objetivos del clínico es que el cliente pase de seguir instrucciones mediado por el refuerzo de éste, a que el seguimiento esté controlado por las contingencias naturales. Pongamos el ejemplo de una persona que ha desarrollado un problema de ansiedad debido a un ataque de pánico sufrido en una ocasión. El terapeuta instruirá al cliente a que se exponga a las situaciones temidas y a través de la comprobación de que estando en la situación no se desmaya, la respuesta de ansiedad desaparecerá. En este caso, las instrucciones específicas del terapeuta que establecen relaciones de contingencias entre la respuesta del cliente y las consecuencias operan como operaciones de establecimiento que facilitan, junto al refuerzo del terapeuta, que se siga la instrucción y, por tanto, que ocurra la extinción de la respuesta condicionada.

Sin embargo, algunos estudios demuestran que utilizar instrucciones más generales también es adecuado para que las personas se muestren sensibles si las contingencias cambian (Ortiz et al., 2007). El objetivo final de las instrucciones es que los clientes mantengan ciertas respuestas que el terapeuta instruyó a pesar de que las contingencias se hayan modificado, pero para ello las personas tienen que mostrar sensibilidad a dicho cambio que podría ser facilitado a través del uso de instrucciones más generales en algún momento de la intervención. Siguiendo con el ejemplo anterior, el clínico tendría el objetivo de que la conducta del cliente acabe siendo controlada por las contingencias naturales – volver a hacer una vida normal, sin ansiedad – y a pesar de que las contingencias cambien – que en alguna ocasión la persona sufra algún ataque de ansiedad cuando ya estaba bien – la respuesta de enfrentamiento que instruyó al cliente se mantenga. Para ello, el uso de instrucciones más generales sobre posibles situaciones o problemas que puedan darse o sobre posibles problemas funcionalmente idénticos, pero topográficamente diferentes podría ser un recurso útil, sin embargo, quizá la cuestión no resida en el uso de instrucciones específicas o generales, sino aprender a diferenciar cuándo es adecuado que un terapeuta sea más específico o más general en sus instrucciones.

Finalmente, a la luz de las conclusiones de los resultados sobre historia de seguimiento de instrucciones, parece poco cuestionable que, efectivamente, ésta puede

condicionar el seguimiento de instrucciones cuando un participante forma parte de un experimento, sin embargo, ésta puede ser modificada durante las sesiones experimentales para conseguir una respuesta deseada. Desde nuestra perspectiva, en el caso de los tratamientos psicológicos, este fenómeno también ocurre en el contexto clínico donde, aunque cada cliente pueda presentar una historia previa de seguimiento instruccional, el terapeuta puede, mediante el manejo de las contingencias, que el cliente siga sus instrucciones, al menos en lo referido al tratamiento psicológico.

A pesar de las aplicaciones clínicas que los resultados sobre los experimentos de control instruccional pueden tener, no queremos finalizar el presente capítulo teórico sin dejar constancia de las limitaciones que conlleva extrapolar estos resultados al contexto clínico. En primer lugar, en relación a la demora existente entre la instrucción y la conducta instruida, observamos que mientras que en el laboratorio la demora puede ser de minutos, en el campo clínico el tiempo que transcurre entre la emisión de la instrucción y la respuesta de seguimiento puede ser de días.

En segundo lugar, en cuanto a la conducta de seguir instrucciones, mientras en el laboratorio la variable dependiente normalmente analizada es el número de respuestas correctas y las respuestas son directamente observables por los experimentadores, en la clínica se obtiene información sobre el seguimiento o no seguimiento de instrucciones y únicamente a través de las verbalizaciones del cliente. Y, finalmente, referente al control de las contingencias encontramos que, mientras que en laboratorio el experimentador decide el programa de reforzamiento utilizado, el psicólogo clínico no tiene control sobre si las consecuencias están operando en el entorno natural. A pesar de estas limitaciones, reiteramos nuestra idea de que estos resultados experimentales configuran una base teórica sólida de la que debe partir el estudio de las instrucciones en el campo clínico y, sobre todo, teniendo en cuenta que las investigaciones aplicadas no responden a las necesidades del fenómeno en cuestión.



## CAPÍTULO 3

# Estudio de las instrucciones de las tareas terapéuticas en los tratamientos psicológicos

### **1. LAS TAREAS TERAPÉUTICAS: EJE CENTRAL DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS CONDUCTUALES**

Como se hizo mención en el primer capítulo, es frecuente encontrar confusión en el papel que desempeña el psicólogo clínico en los tratamientos psicológicos, quedando en ocasiones alejado de su función activa en la adquisición por parte del cliente de nuevas respuestas más adaptativas y de las que se deriva el cambio clínico. Por parte del cliente, la incorporación de nuevas formas de comportarse en su repertorio conductual no es inmediata, sino que en gran parte es el resultado de una práctica constante de nuevas respuestas durante el espacio inter-sesiones, que han sido instruidas por el terapeuta durante las sesiones clínicas en forma de tareas terapéuticas, por los que las tareas terapéuticas se convierten en un elemento que vertebra el cambio clínico en los clientes.

La literatura científica ha utilizado diversos términos para referirse a estas tareas: intervención entre sesiones (Cronin, Lawrence, Taylor, Norton y Kazantzis, 2015); asignaciones prácticas conductuales “en vivo” (Igram y Salzberg, 1990); asignaciones “auto-ayuda” (Burns, 1989); actividades prácticas para casa (Blanchard et al., 1991); sea cual sea la denominación para nombrar un mismo fenómeno, existe cierto consenso en que éstas son un componente fundamental del tratamiento psicológico para poner en práctica y generalizar lo aprendido durante las sesiones clínicas a la vida diaria de la persona, haciendo más eficiente el tiempo entre sesiones (Beck et al., 1979; Cronin et al., 2015; Garland y Scott, 2002). Por este motivo, se suelen definir como actividades inter-sesiones que tienen como finalidad facilitar la consecución de los objetivos terapéuticos (Kazantzis y Lampropoulos, 2002).

Ante la variedad de tareas existentes, algunos investigadores en el enfoque cognitivo-conductual han intentado crear algunas taxonomías que faciliten la comunicación entre profesionales. Por ejemplo, Burns y Auerbach (1992), clasifican las tareas en asignaciones cognitivas y conductuales, biblioterapia, asignaciones interpersonales, entre otras; Kazantzis, Pachana y Secker (2003) mencionan tipos de tareas como entrenamiento en relajación, entrenamiento en conducta asertiva, grabación de sesiones, programación de actividades, auto-observación, entre otras; o Kelly, Deane, King y Crowe (2007), que utilizan nomenclaturas como relajación, búsqueda de información, técnicas cognitivas, tareas de la vida diaria, etc. Sin embargo, desde nuestra perspectiva, estos intentos de clasificación, lejos de clarificar esta cuestión, crean frecuentes confusiones debido a que, en ocasiones, mezclan las tareas con las técnicas de intervención. Así, por ejemplo, es importante distinguir la tarea que un terapeuta puede instruir a un cliente de “practicar la relajación muscular progresiva en casa” de la técnica de desensibilización sistemática que pretende aplicar tras la adquisición por parte del cliente de la habilidad de relajarse. De este modo, dada la diversidad de tareas que un terapeuta puede instruir para poner en práctica una determinada técnica de intervención, consideramos que, de ser necesaria una clasificación, ésta debería tener relación con la técnica a aplicar para evitar dificultades de unificación.

Dejando de lado el tema de la clasificación de las tareas, es importante mencionar que la mayoría de investigadores coinciden en la importancia del aprovechamiento del tiempo inter-sesiones para poner en práctica las conductas tratadas durante las sesiones

clínicas. El interés en esta cuestión ha provocado una proliferación de estudios sobre el tema que pueden ser divididos en dos ejes: estudios que se encargan de analizar la instrucción de las tareas terapéuticas y su relación con la eficacia de la intervención y estudios que analizan el cumplimiento de éstas y su efecto sobre la eficacia de las intervenciones. Aunque se proporcionará una visión detallada de estos dos ejes en los siguientes apartados, consideramos que ambos pertenecen a un mismo fenómeno, ya que la instrucción de las tareas terapéuticas y su efecto sobre los resultados de la intervención se deriva, necesariamente, del cumplimiento por parte de los clientes.

## **2. ESTUDIOS SOBRE LA INSTRUCCIÓN DE TAREAS TERAPÉUTICAS**

Una de las cuestiones principales que se han estudiado en el campo de las tareas terapéuticas es la instrucción de ésta dentro de los tratamientos psicológicos. Las tres cuestiones principales planteadas son referidas a las siguientes preguntas: ¿instruyen tareas terapéuticas los terapeutas?, ¿qué actitudes y opiniones existen hacia la instrucción de las mismas por parte de éstos?, ¿qué relación existe entre uso de éstas y la eficacia de la intervención?, ¿el éxito terapéutico es mayor en aquellas intervenciones que utilizan tareas terapéuticas?

En cuanto a la primera cuestión, diversos estudios han mostrado que los terapeutas frecuentemente utilizan tareas. Por ejemplo, Dattilio, Kazantzis, Shinkfield y Carr (2011) encontraron que el 97% de los terapeutas mandaban tareas, o Shelton y Levy (1981) que encontraron que un 68% de estudios sobre resultados terapéuticos entre 1973 y 1980 también las utilizaban. Además, más allá de las particularidades de los terapeutas, la instrucción de tareas terapéuticas es un elemento que no es únicamente característico del enfoque cognitivo-conductual, sino que también está presente en los tratamientos de otros enfoques teóricos como, por ejemplo, en la terapia psicodinámica (Stricker, 2006); en la terapia centrada en el cliente (Brodley, 2006); en la terapia existencial (Greenberg y Warwar, 2006); o en la terapia interpersonal (Blanco, Cougherty, Lipsitz, Mufson y Weissman, 2006) entre otras. Este uso generalizado de tareas terapéuticas ha dado lugar a que sean consideradas como un factor común de todas las intervenciones psicológicas (Beck y Haaga, 1992; Badgio, Halperin y Barber, 1999; Garfield, 1997; Kazantzis y Ronan, 2006)

No obstante, dado el papel central de los principios de aprendizaje como columna vertebral para la adquisición de nuevas conductas en la que se basa la terapia conductual – o cognitivo-conductual –, es más frecuente la utilización de tareas terapéutica y de actitudes más favorables en terapeutas de orientación conductual que en el resto de orientaciones (Dattilio et al., 2011, Fehm y Kazantzis, 2004; Kazantzis, Lamprapoulos y Deane, 2005), lo que puede estar en la base de los resultados de algunos estudios en los que se menciona que los terapeutas pertenecientes a esta orientación son más sistemáticos a la hora de instruir y revisar el cumplimiento de las tareas (Kazantzis y Deane, 1999).

Este uso generalizado de tareas en los tratamientos puede ser debido a las actitudes positivas que la mayoría de terapeutas muestran hacia éstas, ya que diversos estudios han encontrado que la mayor parte de los terapeutas consideran que las tareas terapéuticas son una parte importante de las intervenciones (Norcross, Alford y DeMichele, 1992; Petheram, 1992; Warren y McLellarn, 1987). A pesar de ello, otros autores han encontrado en sus estudios excepciones a este posicionamiento, como Dean, Glaser, Oades y Kazantzis, (2005) que encontraron que los terapeutas que tratan a pacientes con problemas psicóticos dan por hecho que éstos no cumplirán las tareas por falta de motivación; o Kelly et al. (2007) que encontraron que los terapeutas consideran que éstas son importantes para problemas clínicos moderados, pero no tanto para problemas considerados más graves. Esta divergencia de posicionamiento es relevante porque además de sugerir la existencia de diferencias en posicionamientos teóricos en cuanto a la explicación del cambio clínico, puede ser parte de la explicación de por qué hay terapeutas que son más efectivos que otros en la implementación de las tareas durante las intervenciones psicológicas (Fehm y Kazantzis, 2004), pudiendo llegar incluso, en casos extremos, a prescindir de su uso.

Pese a estas actitudes escépticas sobre el uso de tareas, la mayoría de los resultados de los estudios pertenecientes al primer grupo han mostrado que existe una relación positiva entre su uso y los resultados de la intervención. Por ejemplo, Edelman y Chambless (1995) encontraron que el uso de tareas estaba asociado a buenos resultados de la intervención; Person, Burns y Perloff (1988) y posteriormente Burns y Nolen-Hoeksema (1992) encontraron una disminución en la puntuación en el BDI (*Beck Depression Inventory*) cuando las utilizaban; Glaser, Kazantzis, Deane y Oades (2000) concluyeron que los pacientes con esquizofrenia que incluían tareas en sus intervenciones mejoran al menos el 60% más que aquellos que realizan un tratamiento sin ellas; o, más



actualmente, Yovel y Safren (2007) que encontraron que la práctica de las tareas entre las sesiones clínicas provocó una mejora en los síntomas de adultos diagnosticados con TDAH, entre otros (por ejemplo, Conklin y Strunk, 2015).

A pesar de estos resultados, no todas las investigaciones apoyan esta idea: por ejemplo, Neimeyer y Feixas (1990) llevaron a cabo un estudio en el que clientes con conductas depresivas recibían tratamiento psicológico cognitivo conductual y encontraron que los participantes que utilizaron tareas terapéuticas mostraban mejorías en las conductas depresivas, a través de la evaluación del terapeuta, pero no obtuvieron diferencias en la reducción en la puntuación del BDI en comparación con el grupo que no utilizaban tareas terapéuticas. O el estudio de Kornblith, Rehm, O'Hara y Lamparski (1983) que, utilizando metodología de desmantelamiento para ver si las tareas influyen en los resultados de un tratamiento de autocontrol, no encontraron diferencias entre el grupo con tareas y el grupo sin tareas.

Para clarificar este debate, Kazantzis, Deane y Ronan (2000) llevaron a cabo un meta-análisis para estudiar el tamaño del efecto de diversos estudios que ponen en relación el uso de tareas terapéuticas y los resultados de la intervención, con el objetivo de estimar si efectivamente existe una relación entre ambos. Los resultados de este meta-análisis permitieron concluir que la inclusión de tareas terapéuticas en las intervenciones psicológicas favorece los resultados. Posteriormente, en una réplica del meta-análisis encontraron los mismos resultados al introducir modificaciones tales como: la inclusión de estudios con grupo control, la combinación de estudios experimentales y correlacionales, y el análisis de los valores atípicos (Kazantzis, Whittington y Dattilio, 2010).

Los resultados de los estudios que no han encontrado una relación entre el uso de tareas terapéuticas y los resultados de la intervención han dado lugar a que los investigadores sugieran dos problemas principales en sus diseños a la hora de estudiar el fenómeno que podría explicar la ausencia de diferencias entre los grupos con y sin tareas: (1) la insuficiente sensibilidad del diseño de estos estudios para detectar las diferencias entre los grupos (Kazantzis, 2000) y (2) la falta de control sobre la conducta de los clientes, ya que el hecho de que aunque en estos estudios hubiera grupos sin tareas, es probable que los clientes pertenecientes a éstos hicieran cosas que, sin ser exactamente tareas terapéuticas, provocasen el cambio clínico (Detweiler y Whisman, 1999).

Dado estos resultados, parece innegable afirmar el papel que la práctica de ciertos comportamientos tiene sobre la adquisición de habilidades: cuanto más se practica un idioma, mayor será su dominio; cuantos más cálculos matemáticos realiza una persona, mayor agilidad adquirirá resolviendo problemas matemáticos, etc. En el caso de los clientes que acuden a las consultas a buscar tratamiento psicológico, la práctica de ciertas respuestas en los diferentes contextos del cliente favorecerá que el cliente tenga acceso a unas contingencias naturales que mantendrán dichas respuestas hasta que finalmente se adquieran dentro del propio repertorio conductual. Así, para que este proceso de aprendizaje ocurra, se necesita el papel del cliente como *cumplidor* de dichas respuestas, un fenómeno que nos remite al segundo grupo de estudios sobre las tareas terapéuticas, los estudios sobre cumplimiento de las mismas.

### **3. ESTUDIOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS TAREAS TERAPÉUTICAS**

El cumplimiento de las tareas terapéuticas ha sido en los últimos años uno de los temas de análisis más recurrente en las publicaciones científicas del campo de la psicología de la salud, ya que, desde la perspectiva de terapia de conducta, la existencia de un tratamiento psicológico es inseparable del cumplimiento de las tareas terapéuticas. De este modo, cuando un cliente acude a la consulta de un psicólogo no *recibe* un tratamiento, de forma pasiva, sino que *lleva a cabo* un tratamiento, de forma activa, modificando ciertos comportamientos instruidos por el terapeuta. En este sentido, las investigaciones que estudian el cumplimiento se centran en dos líneas principales: en primer lugar, en el estudio del efecto del cumplimiento sobre los resultados de la intervención y, en segundo lugar y más relevante, dado el objetivo de la presente tesis doctoral, en el estudio de las variables asociadas al cumplimiento, esto es, qué factores pueden influir en que un cliente cumpla o no con las tareas instruidas.

Los resultados de diferentes estudios han demostrado el papel del cumplimiento de las tareas terapéuticas sobre la eficacia de la intervención. Por ejemplo, Kazantzis et al. (2000) encontraron un tamaño del efecto significativo en cuanto a la relación existente entre el cumplimiento de las tareas terapéuticas y el resultado de la intervención psicológica o Mausbach, Moore, Roesch, Cardenas y Patterson (2010) que también

encontraron dicha relación en un meta-análisis posterior. En otras palabras, los autores encontraron que el cumplimiento tiene un efecto positivo sobre la eficacia de las intervenciones.

A pesar de la relevancia del cumplimiento en los resultados de la intervención, algunos investigadores han sugerido que los clientes frecuentemente no cumplen con las tareas instruidas, haciendo mella, por consiguiente, en los resultados de las intervenciones (Helbig y Fehm, 2004). Este hecho ha dado lugar a que los investigadores del campo se interesen por el estudio del cumplimiento y de las variables que lo predicen con el fin último de buscar estrategias útiles que ayuden a los terapeutas, mediante la interacción verbal, a disminuir el efecto negativo que estas variables pueden tener sobre el cumplimiento. Estas variables han sido frecuentemente divididas en tres grandes grupos: según las características del cliente, de las tareas terapéuticas y del terapeuta.

Entre las características del cliente podemos encontrar variables sociodemográficas (Bryant, Simons y Thase, 1999); características culturales, como por ejemplo, Hean Foo y Kazantzis (2007) que sugieren que los clientes procedentes de culturas orientales son mejores cumplidores; rasgos de personalidad, como por ejemplo, Edelman y Chambless (1995) que sugieren que las personas con personalidad paranoide tienden a ser suspicaces sobre la finalidad de las tareas terapéuticas; o Person (1989) que menciona que la personalidad perfeccionista puede hacer que los clientes no hagan las tareas por miedo al fracaso; la gravedad del problema psicológico que presentan, por ejemplo, Detweiler y Whisman (1999) consideran que el grado de depresión que presentan los clientes con bajo estado de ánimo puede interferir en el cumplimiento; la motivación, como por ejemplo, Whisman (1993) que menciona que el cumplimiento es mayor cuando el cliente está “enganchado” a la terapia y/o motivado; o, de forma más específica, conductas concretas del cliente, como sus expectativas y pensamientos sobre las tareas, por ejemplo, Dunn, Morrison y Bentall (2002) que sugieren que los clientes pueden tener pensamientos automáticos que interfieran en el cumplimiento de éstas.

Sin embargo, algunos autores han encontrado resultados diferentes que indican que algunas de estas variables del cliente no influyen sobre el cumplimiento de las tareas. Por ejemplo, Bryant et al. (1999) y Detweiler y Whisman (1999) exploraron las características del cliente con bajo estado de ánimo y no encontraron relación entre estas características y el cumplimiento. Por su lado, Helbig y Fehm (2004) no encontraron ninguna relación

entre los síntomas de los clientes y el cumplimiento de las tareas que habían sido instruidas; o Neimeyer, Kazantzis, Kassler, Baker y Fletcher (2008) que no encontraron relación entre la predisposición a hacer la tarea que manifestaban los clientes y el grado de cumplimiento, medido a través del cliente y de un evaluador externo.

En cuanto a las variables de las tareas terapéuticas que pueden influir sobre el cumplimiento de las mismas, se encuentra principalmente la dificultad de las tareas, o más bien, que la tarea esté ajustada a las habilidades del cliente. Por ejemplo, Conoley, Padula, Payton y Daniels (1994) encontraron una asociación entre la dificultad de la tarea instruida y el cumplimiento de la misma, de tal modo que cuánto más difícil es una tarea, menor es el cumplimiento terapéutico. Sin embargo, de forma contraria a éstos, Helbig y Fehm (2004) sugieren que las características de la tarea no predicen el cumplimiento de la misma.

Referente a las variables del terapeuta, al igual que en el caso del cliente, también se ha mencionado la influencia de variables sociodemográficas (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994), y rasgos de personalidad (Person 1989). Por ejemplo, Beutler et al. (1994) hablan de dos dimensiones del terapeuta que influyen sobre el cumplimiento de las tareas terapéuticas: una que hace referencia a características sociodemográficas como, por ejemplo, la edad, el sexo, etc.; o psicológicas como, por ejemplo, las expectativas o rasgos de personalidad; y otra que hace referencia a rasgos aplicables a muchas situaciones como, por ejemplo, sistema de creencias; o cuestiones específicas de la forma de hacer terapia como, por ejemplo, el estilo terapéutico.

Sin embargo, más allá de estas características del terapeuta, la mayoría de los estudios parecen estar de acuerdo en que tanto la conducta de éste para promover una buena relación terapéutica, como su conducta a la hora de instruir y de revisar el cumplimiento de las tareas tienen un papel importante en el cumplimiento de éstas. Por un lado, dentro de las primeras, se suelen utilizar constructos generales como la autenticidad, empatía, y todas aquellas capacidades que tradicionalmente han sido consideradas necesarias para establecer una buena alianza terapéutica; por ejemplo, Burns y Nolen-Hoeksema (1992) demostraron que los terapeutas más empáticos obtenían mejores resultados clínicos. Y, por otro lado, en cuanto a las conductas específicas de los terapeutas a la hora de instruir tareas terapéuticas y revisar su cumplimiento, Burns y Auerbach (1992) menciona que la falta de cumplimiento terapéutico es consecuencia de

errores a la hora de persuadir al cliente sobre las tareas terapéuticas. En concreto, los autores mencionan que la falta de cumplimiento puede ser debida a tres factores (1) el fallo de los terapeutas a la hora de explicar la importancia o la lógica que fundamenta las tareas, (2) el fallo a la hora de instruir las, y (3) el fallo a la hora de establecer metas terapéuticas relevantes para la solución del problema del cliente.

Shelton y Levy (1981) también ponen el énfasis en el papel de la conducta del terapeuta cuando instruye y revisa el cumplimiento. Estos autores también consideran que la falta de cumplimiento podría deberse al establecimiento de metas terapéuticas poco realistas por parte del terapeuta, pero añaden otros motivos como el fallo a la hora de ajustar correctamente la dificultad de la tarea a las habilidades del cliente por parte del terapeuta, o la falta de sistematicidad cuando éste instruye las tareas terapéuticas. Además, esta relevancia de que la conducta del terapeuta a la hora de instruir las tareas y de revisar su cumplimiento es compartida por otros investigadores del campo (por ejemplo, Bryant et al., 1999; Shaw et al., 1999).

Más allá de estas variables que influyen el cumplimiento de forma independiente, algunos autores abogan por un modelo más completo que integre también la interacción entre ellas. Por ejemplo, Detweiler y Whisman (1999) mencionan la importancia de la relación entre las características del terapeuta y las del cliente como, por ejemplo, la calidad de la relación entre ambos; características de la relación entre el cliente y la tarea como, por ejemplo, la historia de éxitos del cliente llevando a cabo la tarea; y características de la relación entre el terapeuta y la tarea como, por ejemplo, la forma en la que el terapeuta instruye la tarea terapéutica.

Sin embargo, desde nuestra perspectiva, aunque no dudamos del valor descriptivo de todas estas variables, consideramos que son insuficientes para abarcar el fenómeno del cumplimiento por dos motivos: en primer lugar, porque no expresan una relación causal que analice hipótesis funcionales entre estímulos ambientales que expliquen el cumplimiento, sino simplemente un correlato entre variables, que únicamente analiza variables disposicionales que pueden influir sobre el mismo. Y, en segundo lugar, y como consecuencia de la anterior, porque esta falta de conceptualización funcional tampoco informa al terapeuta sobre qué tiene hacer, mediante la conducta verbal en terapia, para aumentar la probabilidad de que el cumplimiento ocurra.

Por ejemplo, una de las variables que más frecuentemente se asocia al cumplimiento de las tareas es la motivación (Huppert, Roth y Foa, 2006; Whisman, 1993). Esta perspectiva considera la motivación como un estado “interno” de los clientes que acuden a terapia. No obstante, desde una concepción funcional de la motivación, un estado motivacional adecuado es algo que los terapeutas, mediante el explicitación de contingencias que anticipen a éste las posibles consecuencias de su conducta de cumplimiento, pueden instaurar en los clientes (de Pascual, 2015). Bajo esta concepción, por consiguiente, la motivación no estaría en la base del cumplimiento, sino que el cumplimiento se relacionaría con la anticipación de contingencias del cliente promovidas, en primer lugar, por lo que dice el terapeuta durante las sesiones clínicas, es decir, la conducta verbal.

Aparte de la motivación, la alianza terapéutica (por ejemplo, DiMatteo y DiNicola, 1982) y el desempeño del terapeuta (por ejemplo, Shaw et al., 1999) cuando instruye y revisa el cumplimiento terapéutico también son variables utilizadas como formas explicativas del cumplimiento. Éstas se tienden a mencionar de forma independiente, sin tener en cuenta que aquello que se suele denominar alianza terapéutica, esto es, la calidad en la relación terapeuta-cliente es el resultado de la interacción terapéutica, es decir, el desempeño del terapeuta, por lo que separar estos elementos resulta redundante. Pero, además de esta separación innecesaria, en ninguno de los dos casos se operativiza a qué conductas concretas se refieren la alianza terapéutica y desempeño del terapeuta para que el terapeuta las lleve a cabo con el fin de favorecer el cumplimiento.

Esta falta de conceptualización funcional se manifiesta de forma más explícita en los numerosos estudios en los que se considera que el problema del cliente o su “trastorno” diagnosticado (por ejemplo, Neimeyer et al., 2008) está en la causa del cumplimiento, por ejemplo, que el diagnóstico de esquizofrenia está en la causa de que tal cliente no cumpla con las tareas instruidas. Sin embargo, en nuestra opinión, el cumplimiento de las tareas debe ser considerado como una respuesta operante del cliente, evocada, en primer lugar, por el efecto discriminativo de las instrucciones del terapeuta y sujeta a la influencia de diferentes variables disposicionales – características del cliente, del contexto, etc. – y operaciones de establecimiento – variables motivacionales – y mantenida por las contingencias. Sin embargo, aunque existan estas variables moduladoras, su modificación a favor del cumplimiento depende en gran medida del manejo de las contingencias del terapeuta durante la interacción verbal.

Por lo tanto, compartimos la visión de Garland y Scott (2002), considerando que, aunque existan diferentes variables del cliente o del contexto que puedan afectar al cumplimiento terapéutico, el terapeuta, mediante la interacción verbal puede reducir su impacto negativo sobre el cumplimiento, por lo que estas variables no deben ser tomadas como responsabilidad exclusiva del cliente, sino que son los terapeutas los que deben prestar atención a su quehacer clínico cuando instruyen y revisan el cumplimiento de las tareas. En la misma línea, consideramos, al igual que Amigó, Fernández y Pérez (1998) que el cumplimiento de las tareas es un asunto comportamental que depende de la conducta del cliente, pero que a la vez que se relaciona estrechamente con la conducta del clínico, al menos en la medida en que éste pretende influir a través de su conducta verbal en lo que el cliente haga.

### **3.1. Cumplimiento terapéutico y adhesión a los tratamientos.**

Uno de los retos al cual se enfrentan todos los profesionales de la salud – psicólogo, médico, etc. – es conseguir que sus clientes – o pacientes, en el ámbito médico – se adhieran al tratamiento de elección, lo que ha convertido este tema en un elemento importante a analizar dentro de las investigaciones del campo de la salud. En este sentido, es frecuente encontrar en la literatura científica el uso del término adhesión y cumplimiento terapéutico de forma intercambiable e incluso, en algunos casos, parece haber cierta confusión entre ellos (por ejemplo, Masur y Anderson, 1988). Sin embargo, ¿es lo mismo el cumplimiento terapéutico y la adhesión a los tratamientos? Y, si no es así, ¿cómo se relacionan estos dos elementos: ¿el cumplimiento favorece la adhesión o la adhesión favorece el cumplimiento?, ¿podemos hablar de que la adhesión en los tratamientos médicos es igual que en los tratamientos psicológicos?, ¿qué variables influyen sobre que un cliente se adhiera al tratamiento?, ¿qué consecuencias tiene que un cliente no se adhiera al tratamiento psicológico? y lo que es más relevante, ¿qué pueden hacer los terapeutas para fomentar la adhesión a los tratamientos psicológicos?

El aumento en el uso de fármacos y el aumento de las tasas de falta de adhesión a los tratamientos ha dado lugar a un interés creciente de los investigadores en el tema de la adhesión (Rodríguez, 2005). La adhesión terapéutica se ha estudiado tradicionalmente en el campo médico y se ha definido como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal

sanitario” (Haynes, 1979). Sin embargo, existe un debate no resuelto referente a qué conductas nos referimos cuando consideramos que un cliente muestra adhesión al tratamiento y esta falta de consenso frecuentemente se refleja, como se mencionó previamente, en el uso intercambiables del término cumplimiento y adhesión.

Aunque la definición de Haynes está bastante extendida, ha sido objeto de críticas por otorgar un papel pasivo al cliente convirtiéndolo en *cumplidor* que obedece las prescripciones del profesional de la salud. Por este motivo, otros autores han intentado utilizar términos que hagan referencia a un papel más activo del cliente, por ejemplo, DiMatteo y DiNicola (1982) que hablan de adhesión refiriéndose a “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado”. Sin embargo, estas definiciones han sido consideradas por otros autores como limitadas – o unidimensionales – para abarcar un fenómeno tan complejo – o multidimensional – como la adhesión terapéutica, ya que ponen el énfasis únicamente en la conducta del cliente o del terapeuta. Este motivo ha conllevado que otros autores sugieran el uso de términos más interactivos que reflejen la importancia del papel tanto del terapeuta como del cliente en la adhesión terapéutica como, por ejemplo, el de colaboración, cooperación, o alianza terapéutica (Basterra, 1999; Libertad, 2004) y una definición que, desde nuestra visión, refleja mejor el concepto del fenómeno en el campo de los tratamientos psicológicos.

Otra crítica a la confusión entre adhesión y cumplimiento terapéutico es en relación a cómo se operativizan ambos términos. Algunos autores han sugerido que la adhesión a los tratamientos no puede medirse únicamente por el cumplimiento de las tareas terapéuticas debido a que ésta se refiere a un conjunto de comportamientos entre los que se encuentra, además del cumplimiento, la suspensión prematura del tratamiento o la falta de asistencia a las sesiones clínicas, entre otras conductas. En otras palabras, bajo esta idea, el cumplimiento es un elemento necesario para considerar que un cliente está adherido al tratamiento, sin embargo, que el cliente cumpla con las tareas terapéuticas instruidas no determina que la adhesión al tratamiento sea la adecuada (Ferrer, 1995; Nieto y Pelayo, 2009). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud en su informe de 2004 menciona que la adhesión es mucho más que el simple hecho de que un paciente – refiriéndose al ámbito médico – se tome la medicación prescrita por su médico.



Sin embargo, en el caso de los tratamientos psicológicos la relación entre los diferentes comportamientos que definen la adhesión es diferente, ya que mientras en el ámbito médico, por la naturaleza de los propios tratamientos médicos, el cumplimiento de la toma de la medicación puede ser casi equiparable a la adhesión – lo que podría explicar la confusión existente entre el término adhesión y cumplimiento –, en los tratamientos psicológicos la relación entre las conductas que determinan la adhesión es un fenómeno más complejo debido a que, por un lado, se requiere necesariamente la asistencia regular del cliente a las sesiones clínicas para que el terapeuta, mediante el uso de instrucciones, instruya al cliente para que éste cumpla con las tareas; y por otro lado, debido a que frecuentemente los tratamientos psicológicos conllevan un cambio de hábitos, conductas más costosas para el cliente que tomar una pastilla. Esta dificultad añadida provoca que los psicólogos precisen de unas adecuadas habilidades verbales con las que persuadir al cliente cuando le instruyen en determinadas tareas. Por este motivo, la interacción verbal entre el terapeuta y el cliente durante los momentos en los que se instruyen y se revisan el cumplimiento de las tareas se convierten en un objeto que requiere atención por los investigadores del campo.

A pesar de la importancia de la interacción verbal en la adhesión, reconocida por la mayoría de investigadores, éstos se han mostrado más interesados en buscar modelos que expliquen este fenómeno, que en analizar qué conductas tienen que llevar a cabo los profesionales de la salud para promoverlo. Entre estos modelos se pueden encontrar desde explicaciones basadas en una perspectiva más biologicista, a otros que utilizan explicaciones basadas en variables psicológicas. Entre los primeros modelos se asume que las condiciones físicas de las personas son las que predicen la adhesión a los tratamientos psicológicos como, por ejemplo, los síntomas físicos, mientras en los segundos encontramos explicaciones basadas en modelos de condicionamiento operante, procesos comunicativos y en modelos cognitivos clásicos. Por un lado, los modelos basados en el condicionamiento operante asumen que la adhesión a los tratamientos es resultado del manejo de las contingencias, por lo que es a través de éste como se puede promover la mejora de la adhesión. Por otro lado, los modelos basados en procesos comunicativos ponen el énfasis en los diferentes elementos de la comunicación, por ejemplo, cómo los clientes reciben la información sobre el tratamiento y, finalmente, los modelos cognitivos clásicos, en auge en las últimas décadas, se basan en las “representaciones mentales” de los clientes como causa central de la adhesión a los

tratamientos. Dentro de estos modelos se encuentran las teorías predominantes en el campo de la psicología de la salud: la teoría de la autoeficacia de Bandura (1977), el modelo de creencias de salud (Becker, 1979), la teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980), la teoría de la acción social (Ewart, 1993) y el modelo transteórico del cambio (Prochaska y DiClemente, 1983; Prochaska, 2013).

Desde la teoría de la autoeficacia, se asume que los clientes se adhieren a los tratamientos debido a las expectativas que tienen sobre su capacidad para obtener éxito terapéutico, mientras que desde el modelo de creencias de salud se considera que una persona se adherirá a un tratamiento si tiene suficiente motivación e información sobre su estado de salud, si se percibe como vulnerable y si percibe que el coste del cumplimiento del tratamiento no es elevado. Por otro lado, la teoría de la acción razonada considera que los clientes muestran adhesión a los tratamientos como consecuencia de dos elementos: de una actitud positiva hacia el comportamiento de adhesión basada en sus creencias y en la valoración de los resultados a obtener y de la creencia normativa sobre la conducta, esto es, de las normas sociales. Por su lado, la teoría de la acción social establece, al igual que la teoría de Bandura, que una persona se adhiere a un tratamiento por las expectativas sobre los resultados y sobre la valoración de las propias capacidades de resolución de problema, pero también tiene en consideración variables contextuales, sociales y biológicas, así como procesos operantes que refuerzan aproximaciones conductuales. Finalmente, el modelo transteórico del cambio establece la existencia de diferentes estadios acordes a la percepción del cliente respecto al tratamiento – precontemplativo, contemplativo, de preparación, de acción, de mantenimiento y de terminación –, lo que determina su grado de motivación para adherirse al mismo.

Asimismo, al igual que para el cumplimiento terapéutico, también se han mencionado diferentes factores que influyen sobre la adhesión a los tratamientos, como son variables del cliente – variables sociodemográficas, de personalidad, tipo de problema o enfermedad, gravedad, existencia de síntomas aversivos, etc. –, variables del tratamiento o del sistema sanitario – complejidad, si hay efectos secundarios, efectos aversivos inmediatos, etc. –, así como variables referidas a la relación entre el profesional de la salud y el cliente – relación terapéutica, comunicación, etc. – (Rodríguez, 2005; Ortiz y Ortiz, 2007).

Sin embargo, del mismo modo que se mencionó en el apartado previo sobre el cumplimiento de las tareas, no dudamos de la utilidad de la información que estos modelos aportan pero, desde nuestra perspectivas, son modelos insuficientes para explicar la adhesión, ya que todos ellos asumen la existencia de ciertas variables disposicionales generales que pueden influir en que un cliente se adhiera al tratamiento, sin tener en cuenta las relaciones funcionales existentes entre el comportamiento de adhesión del cliente y los estímulos ambientales. Pero, lo que es más importante, debido al tema que atañe la presente tesis es que, aunque de estos modelos se pueda concluir, en última instancia, la importancia del papel del terapeuta para modificar ciertas variables que influyen sobre la adhesión, no informan sobre qué conductas concretas tiene que hacer éste para fomentarla. Por ejemplo, aunque estos modelos nos informen de que el cliente tiene una expectativa de que “el tratamiento no servirá para nada” y esto pueda influir en el cumplimiento de las tareas y en la adhesión, no aporta información al terapeuta sobre qué tiene que hacer durante la interacción verbal y cuándo ha de instruir para aumentar la probabilidad de que haya cumplimiento y adhesión.

Sin embargo, algunos investigadores sí se han interesado por la conducta del terapeuta para fomentar la adhesión y han aportado algunas directrices para que los profesionales de la salud la promuevan. Éstas están basadas exclusivamente en la comunicación entre éstos y los clientes o pacientes, esto es, en la interacción verbal durante las consultas o sesiones clínicas y, sobre todo, durante los momentos en los que se instruyen tareas terapéuticas. Por ejemplo, Amigó et al. (1998) mencionan que repetir la información, ser específico y operativo a la hora de explicar el tratamiento o proporcionar información del tratamiento por escrito, entre otras, pueden ser estrategias útiles; mientras, Masur y Anderson (1988) mencionan pautas como evaluar la comprensión del cliente, negociar el régimen de tratamiento, e incluso el uso de estrategias operantes como el uso de estímulos discriminativos o el contrato de contingencias. Sin embargo, como veremos de forma más detenida en el último apartado, estas recomendaciones en ocasiones deben ser tomadas con cautela.

Así, desde nuestra perspectiva, consideramos relevante que los investigadores pongan el énfasis en el papel de la conducta del terapeuta a la hora de abordar el fenómeno de la adhesión para evitar explicaciones basadas en estados “internos” del cliente o en características de la tarea que en ocasiones presentan los terapeutas, derivados quizá del uso de explicaciones basadas en los modelos previamente nombrados. Además, estas

concepciones inadecuadas puede que sean las que expliquen, al menos en parte, la falta de adhesión mencionada por algunos autores. Por ejemplo, Martín y Grau (2004) informan que un 20% de los pacientes con enfermedades agudas no cumplen con los regímenes terapéuticos, un porcentaje que aumenta hasta el 45% cuando se trata de un problema o enfermedad crónica – por ejemplo, diabetes – y lo que es más importante, este porcentaje es incluso más elevado cuando se trata de tratamientos que requieren un cambio en los hábitos de vida, como los tratamientos psicológicos. Estos datos no sólo son preocupantes por las consecuencias que pueden suponer para las propias personas que acuden a la consulta de un psicólogo y a su entorno, sino porque convierten a la falta de adhesión en un problema económico y de salud pública al que se debe hacer frente (OMS, 2004).

Referente a las consecuencias personales, la falta de adhesión puede provocar constantes recaídas de los clientes, provocando un empeoramiento del problema o la enfermedad y un aumento del coste económico para la persona, ya que requiere volver a hacer frente económicamente el tratamiento. Además de esto, este “fracaso” del tratamiento puede dar lugar a que los clientes se muestren escépticos ante el tratamiento, dificultando, por consiguiente, el cumplimiento terapéutico. Este hecho, además, es constatado frecuentemente por los psicólogos clínicos, quienes en ocasiones atienden a clientes que han acudido a varias consultas de diferentes psicólogos sin conseguir los resultados terapéuticos esperados y, debido a ello, muestran dudas no sólo sobre la habilidad del terapeuta para ayudarle a solucionar su problema, sino sobre la propia eficacia de las técnicas de intervención utilizadas. Por otro lado, en casos de enfermedades graves, como por ejemplo en clientes con trastornos psicóticos, las recaídas pueden llegar a suponer un deterioro en la calidad de vida personal, e incluso para el núcleo familiar y, en algunos casos extremos, hasta intentos de suicidios consumados (Flanch, Conde, Blanco y Medina, 2001).

En cuanto a las consecuencias laborales, la falta de adhesión puede dar lugar al aumento del absentismo laboral, repercutiendo en la empresa tanto a nivel económico, como a nivel de productividad (Amigó et al., 1998). Por otro lado, a nivel económico y social, la repetición de pruebas diagnósticas, el aumento de hospitalizaciones y gasto en tratamientos que aumentan los costes sanitarios son las principales consecuencias de la falta de adhesión a los tratamientos (Basterra, 1999). El impacto de estas consecuencias ha provocado una proliferación de estudios que analizan el fenómeno de la adhesión, sin

embargo, además de que los estudios dedicados a estudiar la eficacia de las intervenciones siguen siendo mayoritarios, éstos no suelen incluir la adhesión como variable moderadora y, por lo tanto, no tienen en cuenta el efecto de ésta sobre la eficacia de las intervenciones.

Por consiguiente, a modo de conclusión del apartado, podemos afirmar que la importancia de la interacción verbal en terapia no sólo reside en su papel para la adhesión a los tratamientos psicológicos, facilitando que un cliente acuda a las sesiones clínicas, así como favoreciendo el cumplimiento de las tareas mediante formas adecuadas de instruirlos y revisar su cumplimiento sino que, además, gracias a ésta, los terapeutas pueden modificar algunas de las variables – expectativas, creencias, etc. – que los modelos previamente tratados relacionan con la adhesión, permitiendo, en última instancia, disminuir las consecuencias que la falta de adhesión puede tener para los distintos ámbitos de la sociedad.

### **3.2. Problemas metodológicos en la evaluación del cumplimiento terapéutico.**

Dentro del estudio del cumplimiento de las tareas terapéuticas es frecuente encontrar referencias a diferentes problemas metodológicos en la evaluación del cumplimiento. Aunque muchos investigadores parecen estar de acuerdo en la existencia de tales problemas, el acuerdo sobre la solución de estas limitaciones es un debate que aún permanece latente. Los cuatro principales problemas en relación a la evaluación del cumplimiento terapéutico son: (1) problemas referentes a la diversidad de métodos utilizados en la investigación para la evaluación del cumplimiento de las tareas terapéuticas, (2) problemas referentes a la fiabilidad de los métodos de evaluación del cumplimiento terapéutico, (3) problemas referentes a los parámetros utilizados para la evaluación del cumplimiento terapéutico, y (4) problemas referentes al momento en el que evaluar el cumplimiento de las tareas terapéuticas.

En primer lugar, una de las principales limitaciones de los estudios sobre el cumplimiento terapéutico que comparten la mayoría de los investigadores es la heterogeneidad de métodos utilizados para la evaluación del cumplimiento terapéutico. De hecho, en una revisión llevada a cabo por Kazantzis, Deane y Ronan (2004) de un total de 32 publicaciones científicas encontraron que únicamente cuatro de estos estudios utilizaban los mismos métodos de evaluación del cumplimiento terapéutico. En este sentido, podemos encontrar estudios que utilizan pruebas objetivas – cuestionarios estandarizados – (por ejemplo, Maher et al. 2012) cumplimentados por el terapeuta, por

el cliente o por un observador externo o simplemente el informe verbal de alguno o varios de estos participantes (por ejemplo, Crane et al., 2014). Sin embargo, más allá del medio a través del cual se obtiene información sobre el cumplimiento terapéutico, la dificultad reside en relación a la cuantificación del cumplimiento, ya que, mientras algunos utilizan escalas Likert (por ejemplo, Clarke et al., 2015), otros utilizan el número total de tareas terapéuticas llevadas a cabo por el cliente (por ejemplo, de Graaf, Huibers, Riper, Gerhards y Arntz, 2009) o el porcentaje de tareas cumplidas en relación al total de tareas instruidas (por ejemplo, Wang, Sereika y Burke, 2012).

Este problema de la heterogeneidad de procedimientos para medir el cumplimiento ha provocado una dificultad a la hora de comparar estudios sobre el tema, y puede ser el causante de los resultados incongruentes sobre variables que favorecen el cumplimiento terapéutico obtenidos en los diferentes estudios (Kazantzis, et al., 2004; Kazantzis, et al., 2016). Ante este problema, algunos investigadores han sugerido la importancia del uso de diferentes fuentes de evaluación – a través del terapeuta, del cliente, y de un observador externo – y el uso de medidas objetivas estandarizadas que permitan la comparación de resultados entre estudios sobre el cumplimiento (Por ejemplo, Kazantzis et al., 2004).

En segundo lugar, la fuente a través de la cual se obtiene información sobre el cumplimiento de las tareas terapéuticas también ha resultado ser un tema frecuente de debate, basado en la premisa de algunos investigadores de que los clientes pueden sobrestimar o infravalorar el cumplimiento de las tareas terapéuticas (Russell y Kazantzis, 2008). Por ejemplo, Hoelscher, Lichstein y Rosenthal (1986) mencionan que los clientes tienden a exagerar el cumplimiento cuando es comparado con la medida de un participante independiente a la terapia. Este debate ha llevado a algunos investigadores a sugerir la importancia de incorporar tanto la perspectiva del terapeuta, como la del cliente cuando se estudian diferentes procesos terapéuticos, ya que son pocos estudios los que incluyen varias fuentes simultáneas de evaluación del cumplimiento (Mausbach et al., 2010; Orlinsky, Rønnestad y Willitzki, 2004; Russell y Kazantzis, 2008).

Sin embargo, otros investigadores han encontrado que el informe del cliente es una herramienta fiable para medir el cumplimiento, como Neimeyer et al. (2008) que encontró que existía una correlación significativa entre la evaluación del cumplimiento por parte del cliente y la evaluación llevada a cabo por un miembro independiente al proceso terapéutico; u otros estudios similares, que encontraron que las medidas de

cumplimiento llevadas a cabo a través del terapeuta y del cliente correlacionaban entre sí (por ejemplo, Burns and Nolen-Hoeksema, 1992). Desde nuestra perspectiva, consideramos que las verbalizaciones del cliente son un método adecuado para medir el cumplimiento, no sólo porque los resultados de los estudios así lo avalan, sino porque el uso de otras fuentes de evaluación del cumplimiento se basa necesariamente en lo que el cliente dice sobre el cumplimiento, por lo que tal “solución” es parte de lo que éstos mismos consideran un problema en su forma de medida. Además de esto, el tipo de intervención que suponen los tratamientos psicológicos impiden otra forma de evaluar el cumplimiento en comparación con el cumplimiento de prescripciones farmacológicas, donde se pueden llevar a cabo pruebas físicas – análisis de sangre, de orina, etc. – que determinen si el cliente ha cumplido con la toma de la medicación.

El tercer problema metodológico tratado en la literatura científica está relacionado con el parámetro de cumplimiento que predice mejor el éxito terapéutico y, por lo tanto, es más útil: la cantidad de tareas terapéuticas cumplidas o la calidad del cumplimiento de éstas. A modo de ejemplo, ¿es mejor que el cliente lleve a cabo muchos ensayos de la técnica de exposición con prevención de respuesta independientemente de cómo lo haga o, por el contrario, es preferible que lleve a cabo un único ensayo bien ejecutado? Aunque la respuesta a esta pregunta pueda parecer evidente, en la mayoría de estudios los investigadores utilizan la cantidad como única forma de medida del cumplimiento de las tareas terapéuticas (Kazantzis et al., 2004; Kazantzis y Lampropoulos, 2002).

Fueron Neimeyer y Feixas (1990) los primeros investigadores que introdujeron el contraste entre la medida de la calidad y la cantidad del cumplimiento terapéutico dentro de sus estudios y encontraron una fuerte relación entre el cumplimiento terapéutico y el resultado de la intervención cuando se tomaba la calidad como parámetro de medida. Tras este estudio, muchos otros investigadores se han posicionado utilizando la calidad de cumplimiento como la mejor forma de medir este fenómeno (Por ejemplo, Schmidt y Woolaway-Bickel, 2000). No obstante, tal y como afirman Kazantzis y Lampropoulos (2002), el problema del uso de este parámetro reside en la dificultad a la hora de estudiarlo, que ha dado lugar a que muchos investigadores hayan fracasado en sus intentos de medirlo.

En este sentido, a pesar de que algunos investigadores consideran la calidad mejor parámetro para medir el cumplimiento terapéutico que la cantidad, la mayoría de ellos se

muestran de acuerdo con la idea de que lo más adecuado es incluir ambos (Neimeyer et al., 2008; Primakoff, Epstein y Covi, 1986). Este resultado es el que se obtuvo en un meta-análisis llevado a cabo por Kazantzis et al. (2016), donde recogieron datos de 36 artículos científicos para estudiar qué parámetro era mejor predictor del resultado terapéutico; si la calidad o la cantidad del cumplimiento de las tareas terapéuticas. Los resultados obtenidos permitieron concluir que tanto la calidad como la cantidad son buenos predictores del resultado terapéutico cuando finaliza la intervención, esto es, en el post-tratamiento, sin embargo, la calidad del cumplimiento resultó ser mejor predictor del resultado terapéutico durante el seguimiento que la cantidad de tareas terapéuticas cumplidas.

Finalmente, la cuarta cuestión que está bajo debate sobre la medida del cumplimiento de las tareas terapéuticas hace referencia al momento en el cual la evaluación debe ser llevada a cabo: de forma periódica o regular – sesión a sesión –, de forma retrospectiva – cuando acaba el tratamiento, o incluso en el seguimiento –, o en una sesión concreta establecida por el terapeuta o el investigador, por ejemplo, en la tercera sesión (Hawton, Catalan y Fagg, 1992). En este sentido, Kazantzis et al. (2000) analizaron el tamaño del efecto de la variable moderadora “momento de evaluación del cumplimiento” y encontraron que la evaluación del cumplimiento a final de tratamiento era una variable moderadora más importante para la eficacia que la evaluación llevada a cabo en otros momentos de la intervención. De forma similar, Mausbach et al. (2010) obtuvieron que la medida del cumplimiento de forma retrospectiva era mejor predictor del resultado de la intervención que la medida denominada “contemporánea”, es decir, sesión a sesión.

No obstante, algunos autores, incluso los propios investigadores de estos estudios, han mencionado que la evaluación retrospectiva puede contener sesgos, ya que tanto los terapeutas como los propios clientes tienden a valorar su cumplimiento como “alto” al obtener buenos resultados terapéuticos. Es decir, que los clientes, al recibir el alta terapéutica y sentirse satisfechos por los resultados de la intervención, pueden informar de forma sobredimensionada que cumplieron con la mayoría de las tareas, algo que quizá no ocurre cuando los clientes van informando sesión a sesión sobre el cumplimiento.

De este modo, ante estos resultados contradictorios y aún por resolver, algunos investigadores han mencionado, a modo preventivo, algunas recomendaciones referentes al momento en el que evaluar el cumplimiento terapéutico. La mayoría de éstos coinciden



en la importancia de llevar a cabo de forma periódica una evaluación del cumplimiento de las tareas a lo largo de todo el tratamiento tanto en cantidad como en calidad para evitar posibles sesgos, como, por ejemplo, los causados por problemas de memoria (Kazantzis et al., 2000; Primakoff et al., 1986; Yovel y Safren, 2006; Worthington, 1986); de hecho, Addis y Jacobson (1996) observaron que el cumplimiento temprano – y para ello, es necesaria su evaluación regular – estaba asociado con el resultado de la intervención.

#### **4. LAS INSTRUCCIONES DE TAREAS TERAPÉUTICAS Y LA REVISIÓN DEL CUMPLIMIENTO**

Un aspecto que llama especialmente la atención al analizar los estudios existentes sobre las tareas terapéuticas es el enorme interés que los investigadores han mostrado en estudiar su uso en las intervenciones psicológicas y el efecto sobre los resultados de las mismas, así como en estudiar su cumplimiento, las variables relacionadas con éste y el efecto que el cumplimiento terapéutico tiene sobre el éxito terapéutico; mientras que el estudio del terapeuta como *instructor*, es decir, de cómo las tareas se ponen en marcha mediante el uso de instrucciones, ha sido poco estudiado por la mayoría de los investigadores. En el caso de las investigaciones que sí se encargan de estudiar las instrucciones hacen un uso de diferentes términos para hablar de este fenómeno según el área de la psicología – educativa, experimental, clínica, laboral, etc. – o la disciplina en la que nos centremos – pedagogía, medicina, etc. –, dificultando la unificación del término que ayude a aprovechar los resultados de las investigaciones en los diferentes campos y, en definitiva, el avance en su estudio.

En el campo de la psicología clínica se suele utilizar el concepto asignación de tareas<sup>2</sup> para referirse a la conducta del terapeuta cuando manda al cliente llevar a cabo ciertas tareas terapéuticas que éste debe realizar en el contexto extra-clínico (por ejemplo, Kazantzis et al., 2010), mientras que, por ejemplo, en el campo experimental, e incluso en el educativo, se suele utilizar el término instrucción (Baron et al., 1969; Buijs y Admiraal, 2013). Bajo nuestra perspectiva, este hecho es equívoco, ya que podría dar a entender que la conducta de un investigador cuando instruye a un participante de un

---

<sup>2</sup> Traducido de forma literal del término *Homework assignment*

experimento qué tiene que hacer en una tarea de laboratorio es cualitativamente diferente a la conducta de un terapeuta cuando instruye a su cliente en hacer actividades reforzantes y a la conducta de un directivo de una empresa cuando instruye a uno de sus trabajadores en que le haga llegar un informe a primera hora del siguiente día. Por este motivo, desde el inicio del presente trabajo, se ha abogado por el uso del término instrucción para denominar al proceso de prescribir tareas terapéuticas por parte del terapeuta.

En este sentido, al analizar la literatura del campo clínico, pocos son los estudios realizados que hacen mención al término instrucción cuando se refieren al proceso mediante el cual el terapeuta manda tareas terapéuticas (por ejemplo, Edelman y Chambless, 1995; Taylor, Agras y Allen, 1983) y menos aun los que se aprovechan de resultados experimentales en el campo de las instrucciones como punto de partida para los estudios en el campo clínico o aplicado. Sin embargo, tal y como se mencionó en el anterior capítulo, la psicología como ciencia tiene que promover la unión entre los estudios de laboratorio y los estudios aplicados, sobre todo cuando no existen estudios previos en el campo que sustenten los intereses y objetivos de estudio de nuevas líneas de investigación y, además, porque las propias características de la investigación en el análisis experimental de la conducta en laboratorio nos permiten controlar algunas variables difíciles de controlar en el campo de la investigación aplicada.

En el anterior apartado se han analizado diferentes factores que influían en el cumplimiento de las tareas terapéuticas y se hizo mención a que, a pesar de que algunas variables “ajenas” al terapeuta pueden tener influencia sobre el cumplimiento – variables del cliente y de la tarea –, éste podía llevar a cabo ciertos comportamientos durante las sesiones clínicas para reducir el impacto negativo de éstas sobre el cumplimiento terapéutico. Este hecho hace que la conducta del terapeuta durante las sesiones clínicas y, concretamente cuando instruye tareas terapéuticas y revisa su cumplimiento, se convierta en un elemento central a analizar de forma sistemática, ya que tal y como mencionan Kazantzis y Lampropoulos (2002), el terapeuta puede aumentar el cumplimiento de las tareas terapéuticas si lo hace correctamente.

Esta idea ha conducido a que diversos investigadores se esfuercen por identificar aquellos comportamientos del terapeuta que pueden beneficiar al cumplimiento, con el fin de proporcionar recomendaciones o directrices para los terapeutas con el fin de llevar a cabo tratamientos psicológicos más eficaces y eficientes. Estas recomendaciones han

sido divididas en tres diferentes categorías, atendiendo a la “fase” o momento cronológico en el que se encuentran las tareas terapéuticas: *diseño de tareas terapéuticas*, *instrucciones de las tareas terapéuticas* y *revisión del cumplimiento de tareas terapéuticas*<sup>33</sup> (Cronin et al., 2005; Kazantzis y Lampropoulos, 2002). Dentro de cada uno de estos momentos se han enumerado una serie de recomendaciones concretas de cómo deben proceder los terapeutas, pero, además de ello, también se han proporcionado directrices generales aplicables a todos ellos.

En el diseño de las tareas muchos investigadores han sugerido la importancia de una actitud colaboradora por parte del cliente, esto es, que el terapeuta tome en consideración al cliente y su colaboración para diseñar tareas terapéuticas ajustadas a éste (Cronin et al., 2015), ya que como afirman Conoley et al. (1994) es importante para el cliente sentir que juega un rol activo en el tratamiento para conseguir los objetivos terapéuticos. Este rol activo conlleva que el terapeuta tenga en cuenta la visión del cliente sobre las tareas, e incluso darle la oportunidad de escoger y participar en su diseño (Freeman y Rosenfield, 2002; Kazantzis y Deane, 1999). Además de esto, otros investigadores han sugerido la importancia de tener en cuenta la dificultad de la tarea, para ser ajustada a las habilidades y circunstancias del cliente, por lo que es relevante que el terapeuta se anticipe a posibles dificultades que puedan ocurrir para prevenirlas. Con este propósito, llevar a cabo las tareas de menor a mayor dificultad (por ejemplo, Garland y Scott, 2002), así como preguntar al cliente su opinión sobre las tareas terapéuticas – la dificultad, la posibilidad de llevarlas a cabo, y la comprensión de las mismas – (Kazantzis y Lampropoulos, 2002) pueden ser estrategias útiles a desarrollar por los terapeutas, esto es, llevando a cabo lo que Cronin et al. (2015) denominan “discusión colaborativa”.

En segundo lugar, referente a las instrucciones sobre las tareas, los investigadores mencionan que los terapeutas deben utilizar un lenguaje simple, claro y ajustado al cliente (Kazantzis y Lampropoulos, 2002) con el fin de que éste las entienda correctamente. Además de la claridad, el contenido y la especificidad – de la respuesta instruida, la situación en la que practicarla, etc. – también son elementos que los investigadores sugieren que los terapeutas tengan presentes. Concretamente, éstos consideran que las instrucciones más específicas pueden ser más fácilmente seguidas, ya que éstas evitan interpretaciones erróneas (Cronin et al., 2015; Mazzullo, Lasagna y Griner, 1974;

---

<sup>33</sup> Traducido de *Homework design, Assigning homework y Homework review* (Por ejemplo, Kazantzis y Lampropoulos, 2002).

Morrison y Wixted, 1989). Por este motivo, es necesario que los terapeutas especifiquen cuándo, dónde, con qué frecuencia y cuántas veces tiene que llevar a cabo el cliente la tarea instruida (Shelton y Levy, 1981; 1990).

Por otro lado, también relacionado con la especificidad de la instrucción, algunos autores mencionan que es necesario que los terapeutas pongan ejemplos y hagan de modelo de las tareas terapéuticas (Garland y Scott, 2002) e incluso, si fuera necesario, que éstos lleven a cabo práctica dentro de sesión de las tareas que el cliente va a realizar en el contexto extra-clínico, por ejemplo, practicando ensayos de conducta en el entrenamiento en conducta asertiva (Huppert et al., 2006; Thompkins, 2002). De hecho, DiMatteo y DiNicola (1982) sugieren que incluso el terapeuta y el cliente pueden intercambiarse los roles y que esto ayuda a aumentar la motivación de los clientes, ya que les obliga a buscar razones por las cuales es importante realizar las tareas instruidas. Así mismo, para evitar posibles problemas de memoria por parte del cliente, también se ha sugerido el uso de instrucciones por escrito como complementarias a las instrucciones verbales, que en algunos casos se ha llegado a afirmar que incluso son más efectivas para el cumplimiento (Cox, Tisdelle y Culbert, 1988).

Un aspecto que ha recibido enormemente la atención de los investigadores en relación al contenido cuando los terapeutas instruyen es el uso de una explicación lógica y fundamentada<sup>4</sup> de la base teórica que subyace a las tareas (Addis y Jacobson, 2000). Dentro de esta explicación se incluye:

- a. La explicación sobre el modelo teórico y su relación con la importancia del uso de tareas terapéuticas.
- b. La explicación de cómo las técnicas de intervención se ajustan al análisis funcional de la problemática del cliente.
- c. La explicación de la relación entre las técnicas de intervención a utilizar y las tareas terapéuticas a llevar a cabo.
- d. La explicación de las consecuencias por el cumplimiento o por el no cumplimiento de las tareas terapéuticas.

Según algunos autores, esta explicación no sólo es necesaria para evitar la connotación negativa que la palabra tarea terapéutica “para casa” (*homework*) puede tener

---

<sup>4</sup> A menudo encontramos referencias a conceptos como *treatment rationale*, o *homework rationale* para referirse a la explicación por parte del terapeuta de la lógica que subyace al tratamiento y a las tareas terapéuticas (Addis y Jacobson, 2000; Jonhson y Kazantzis, 2004; Kazantzis et al., 2003)

sobre los clientes (Kazantzis y Lampropoulos, 2002), sino por las explicaciones erróneas que en ocasiones los clientes tienen sobre sus problemas y sus comportamientos y, sobre todo, respecto a su capacidad para cambiar ciertos comportamientos. Por ejemplo, en ocasiones encontramos clientes que acuden a consulta manifestando “tener” depresión, como si se tratase de un elemento “interno” ante lo que no se puede hacer nada para solucionarlo. Ante tal idea, la explicación del terapeuta sobre cómo se aprenden las conductas depresivas y cómo se pueden aprender conductas alternativas para obtener consecuencias apetitivas mediante las tareas instruidas podría favorecer el cumplimiento de las mismas. Por lo tanto, tal y como afirman Kazantzis et al. (2003), el fin último de esta explicación es que los clientes vean las tareas terapéuticas como la parte central del tratamiento psicológico, así como el medio a través del cual se obtendrá el cambio clínico.

En tercer lugar, referentes a la revisión del cumplimiento de las tareas, algunos autores han mencionado la importancia de dedicar el tiempo suficiente de cada sesión clínica para evaluar el cumplimiento de éstas, ya que constituyen una oportunidad idónea para resolver posibles problemas surgidos a la hora de poner en práctica conductas que se quieren instaurar en el cliente (Cronin et al., 2015). Por ello, es importante que los terapeutas pregunten al cliente no sólo por el cumplimiento – si han cumplido o no –, sino también por el resultado del cumplimiento – el efecto de las tareas, si se sienten mejor, etc. – (Garland y Scott, 2002). Algunos estudios han demostrado que la revisión del cumplimiento de las tareas terapéuticas está relacionada con el éxito terapéutico (Bryant et al., 1999), mientras que si no se le dedica suficiente tiempo a la revisión de tareas, puede provocar la desmotivación de los clientes a cumplir con tareas futuras o incluso a pensar que las han cumplido de forma incorrecta, disminuyendo la probabilidad de que se produzca cumplimiento de éstas en el futuro (Garland y Scott, 2002; Dattilio, 2002).

Tras preguntar por el cumplimiento, algunos autores hacen referencia a la importancia de reforzar el cumplimiento y el esfuerzo del cliente en llevarlo a cabo (Coon y Gallagher-Thompson, 2002; Cronin et al., 2015; Kazantzis y Lampropoulos, 2002; Startup y Edmons, 1994), e incluso, reforzar pequeñas aproximaciones al cumplimiento o a las intenciones de cumplimiento futuro, aunque no sean grandes pasos (Burns y Auerbach, 1992). Sin embargo, en el caso de que el cliente no haya llevado a cabo las tareas, Leahy (2002) menciona que también es importante evaluar las causas del incumplimiento, así como las posibles dificultades que hayan podido surgir para corregir de cara a instruir en futuras tareas terapéuticas. Además, todo este proceso de revisión del

cumplimiento debe hacerse de forma colaborativa con el cliente, ya que según Cronin et al., (2015) favorecerá una alianza terapéutica más sólida que predice buenos resultados tanto en cumplimiento de las tareas como en éxito de la intervención.

Además de estas conductas concretas, en cada uno de los momentos en los que se encuentran las tareas terapéuticas y que responden a la pregunta sobre “qué” hacer, algunos autores mencionan pautas generales que hacen referencia al “cómo” llevar a cabo el proceso de instruir tareas terapéuticas y revisar su cumplimiento. Por ejemplo, se destaca como la sistematicidad, esto es, la constancia del terapeuta cuando instruye y revisa el cumplimiento, también la organización de las sesiones, seguir el mismo procedimiento durante todas las sesiones, etc. ante lo que algunos autores han sugerido que el terapeuta tome notas sobre las tareas que instruye y sobre el cumplimiento posterior (Kazantzis y Deane, 1999). No obstante, algunos estudios revelan que pocos de ellos son sistemáticos a la hora de instruir tareas terapéuticas y de revisar su cumplimiento (Johnson y Kazantzis, 2004; Kazantzis y Deane, 1999; Shelton y Levy, 1981).

Para analizar este problema, en un estudio llevado a cabo por Kazantzis y Deane (1999) se recopiló información de 221 terapeutas de Nueva Zelanda sobre el uso de tareas terapéuticas y sobre cómo éstos las instruyen y revisan su cumplimiento. Los resultados obtenidos mostraron que, aunque casi todos los terapeutas manifestaron que usaban tareas terapéuticas (98%) y que tenían en consideración las habilidades del cliente para diseñar e instruir tareas terapéuticas, eran pocos sistemáticos a la hora de instruir las tareas y revisar su cumplimiento. Concretamente, se obtuvo que los psicólogos muchas veces especificaban la frecuencia con la cual las tareas terapéuticas debían ser llevadas a cabo, pero éstos no concretaban la situación, ni durante cuánto tiempo. De forma adicional, también se obtuvo que los terapeutas no solían proporcionar las instrucciones por escrito, en contra de lo que recomiendan Cox et al. (1988). En cuanto a la revisión del cumplimiento terapéutico, los resultados mostraron que, aunque los terapeutas solían revisar su cumplimiento en las sesiones posteriores, no tomaban notas sobre la calidad del cumplimiento.

Estos resultados han permitido concluir a los investigadores que los terapeutas no son del todo sistemáticos a la hora de instruir las tareas y de revisar su cumplimiento (Kazantzis et al., 2003). En última instancia, esta idea tiene como objetivo llamar la atención a los investigadores del tema sobre esta cuestión para seguir investigando sobre aquellos comportamientos que pueden ayudar a mejorar la eficacia de las intervenciones

psicológicas y, a los terapeutas, para que incorporen los resultados obtenidos en estudios empíricos dentro de las estrategias a utilizar durante su quehacer como psicólogos. Sin embargo, uno de los grandes problemas de estos estudios es que están basados en entrevistas, encuestas o cuestionarios cumplimentados por los terapeutas y/o por el cliente, y, por tanto, no analizan de forma directa estos comportamientos como, por ejemplo, a través del análisis de grabaciones. Además, estos estudios no analizan cómo estos comportamientos se relacionan con el cumplimiento terapéutico ni con el resultado de la intervención (Kazantzis y Lampropoulos, 2002). Este hecho nos lleva por lo tanto a ser cautos con el uso de estas recomendaciones, ya que la mayoría de ellas se sustentan en la suposición o la asunción de su eficacia, más que en datos empíricos que las avalen.

Para estudiar este problema, Detweiler y Whisman (2005) llevaron a cabo un estudio en el que analizaron la relación existente entre la conducta del terapeuta cuando instruía las tareas terapéuticas y los resultados de la intervención. Para ello, 4 oyentes (3 mujeres y 1 hombre) analizaron grabaciones de audio de sesiones de 24 clientes durante el tratamiento y codificaron diferentes características de la conducta del cliente y del terapeuta durante los momentos en que se instruía y revisaba el cumplimiento de tareas terapéuticas: el grado de implicación del cliente durante estos momentos, el grado de especificidad de las instrucciones del terapeuta – frecuencia, duración, situación, etc. –, el grado en el que el terapeuta y el cliente discutían posibles dificultades en la puesta en práctica de la tarea instruida y el uso de instrucciones por escrito y, finalmente, el grado de cumplimiento terapéutico por parte del cliente. Todas estas variables fueron codificadas de forma dicotómica – SÍ/NO –, a excepción del grado de implicación del cliente cuando el terapeuta instruía y revisaba las tareas terapéuticas y el cumplimiento del cliente, que fueron valorados de 1 a 3.

Para relacionar estas variables con el resultado de la intervención, se utilizaron los resultados de diferentes cuestionarios proporcionados a mitad de tratamiento y a final de tratamiento, como el BDI, el HRSD (*Hamilton Rating Scale for Depression*) y GAS (*Global Assessment Scale*) y después de 2 años, únicamente a través del GAS. Los resultados obtenidos fueron que la implicación del cliente cuando el terapeuta instruía en las tareas se relacionaba con el estado general del cliente 2 años después – medido a través del GAS –, así mismo, se encontró una correlación negativa entre cuán específicos eran los terapeutas instruyendo y las conductas depresivas del cliente en el post-tratamiento medidas a través del HRSD, y una correlación positiva entre esta especificidad de las

instrucciones y el estado general del cliente medido a través del GAS en el post-tratamiento y a los 2 años de la intervención. Los autores no encontraron ninguna relación entre el grado en el que el terapeuta y el cliente discutían posibles dificultades de las tareas y los resultados de la intervención. Sin embargo, al combinar esta variable y analizar su interacción junto al grado de implicación del cliente cuando el terapeuta instruye y revisa el cumplimiento de las tareas terapéuticas, se obtuvo un efecto positivo sobre los resultados de la intervención en el post-tratamiento y durante el seguimiento en las medidas de todos los cuestionarios. Finalmente, la variable referida al uso de instrucciones por escrito mostró también tener un efecto positivo en el resultado de la intervención en todas las medidas llevadas a cabo.

Los estudios expuestos en el presente apartado aportan una visión general del estudio de la conducta verbal del terapeuta cuando instruye las tareas y revisa el cumplimiento del cliente. Desde nuestra perspectiva, sin embargo, estos estudios utilizan métodos poco adecuados para abarcar esta cuestión, ya que frecuentemente utilizan medidas de autoinforme que en lugar de analizar qué conductas tiene que hacer el terapeuta cuando instruye y revisa el cumplimiento para fomentar éste, analiza lo que el terapeuta dice que hace o lo que el cliente o un observador externo dicen que el terapeuta hace. Este hecho no sólo puede provocar sesgos en sus resultados, sino que dificulta el establecimiento de relaciones entre qué verbalizaciones concretas del terapeuta cuando instruye están relacionadas con la conducta del cliente con el fin de poder proporcionar manuales y guías terapéuticas de pautas concretas para clínicos que se basen en estrategias empíricamente comprobadas.

Además de esto, estas pautas se suelen basar en contenidos de verbalizaciones, que, aunque pueda ser adecuado, nos parece insuficiente, ya que no establece descripciones funcionales que establezcan relaciones entre la conducta verbal del terapeuta y del cliente. Por ejemplo, como se mencionó previamente, Addis y Jacobson (2000) hacen referencia a la importancia de explicar la lógica que subyace a las tareas instruidas y a pesar de que los autores describen de forma concreta esta conducta, no informan sobre cuándo un terapeuta debe emitir tal conducta, ni mencionan qué posibles funciones puede tener esa explicación sobre la conducta del cliente como, por ejemplo, de función de operación de establecimiento, haciendo aumentar el carácter aversivo o apetitivo de ciertas respuestas del cliente y, por lo tanto, haciendo más probable el cumplimiento de las tareas.



No obstante, aunque no dudamos de que los resultados de estos estudios han resultado útiles para formar a los terapeutas en cómo instruir durante los tratamientos psicológicos, consideramos que son insuficientes para dar mejor respuesta a este tema y, lo que es importante, para hacer tratamientos cada vez más eficaces. De este modo, dadas las limitaciones mencionadas tanto en el estudio de las variables asociadas al cumplimiento como en el estudio de las instrucciones sobre las tareas terapéuticas, consideramos esencial estudiar la interacción verbal en terapia cuando el terapeuta instruye y revisa el cumplimiento del cliente a través de una metodología observacional que permita analizar momento a momento este proceso, y que ponga en relación la conducta verbal del terapeuta con la del cliente, así como su relación también con el cumplimiento manifestado por el cliente.



## CAPÍTULO 4

# Estudio empírico I: Evolución de las instrucciones y de la evaluación del cumplimiento a lo largo del proceso terapéutico

### 1. INTRODUCCIÓN

Como se expuso en el segundo capítulo, la psicología experimental se ha mostrado interesada en el estudio del papel de las instrucciones en el aprendizaje demostrando su importancia para la adquisición de nuevas respuestas cuando las contingencias por sí solas no tienen efecto, facilitando el contacto con éstas (Ayllon y Azrin, 1964). Sin embargo, estos resultados sugieren la importancia de la interacción entre instrucciones y contingencias para el mantenimiento de éstas (Baron et al., 1969). En este sentido, para obtener tales resultados, los estudios experimentales suelen analizar la ejecución de los participantes a lo largo de las diferentes fases del experimento, es decir, cómo las respuestas se van modulando a lo largo de éstas según las manipulaciones de las instrucciones y/o de las contingencias llevadas a cabo por los investigadores.

Desde nuestra perspectiva, consideramos que podría existir una semejanza entre lo que ocurre en el contexto experimental y en la clínica psicológica, en cuanto a cómo se adquieren nuevas respuestas y cómo las instrucciones interaccionan con las contingencias para mantenerlas. Sin embargo, mientras en el contexto experimental la evolución de las

respuestas y su mantenimiento en las diferentes fases han sido frecuentemente constatados, en el campo clínico no se ha estudiado empíricamente. Para ello, se hace necesario analizar cómo el terapeuta va instruyendo y revisando el cumplimiento de las tareas terapéuticas a lo largo de las diferentes fases cronológicas del tratamiento.

Por otro lado, es importante volver a mencionar los estudios previos de nuestro equipo que han encontrado que, aunque los terapeutas suelen instruir tareas terapéuticas a lo largo de toda la intervención mientras llevan a cabo las distintas *actividades clínicamente relevantes* (Montaño, 2008; Ruiz, 2011), utilizan de forma más frecuente las instrucciones en los momentos considerados como de “entrenamiento” – de tratamiento –. A propósito de este resultado y dado que la presente tesis doctoral se centra en el estudio de las instrucciones, consideramos necesario confirmar tal resultado en un trabajo que analice este fenómeno de forma más específica. Para contestar a ésta y otras preguntas, como se hizo mención en el primer capítulo, es necesario el uso de sistemas de categorización de la conducta verbal en terapia.

### **1.1. Objetivo e hipótesis.**

Teniendo en cuenta lo expuesto, el objetivo del primer estudio es analizar la forma en la que los terapeutas instruyen y revisan las tareas terapéuticas para que los clientes las lleven a cabo en el contexto extra-clínico durante los espacios inter-sesiones en las diferentes fases de la intervención. Las hipótesis que se plantearon fueron:

1. El porcentaje de bloques de instrucciones será diferente a lo largo de la intervención, siendo mayor en la fase de *Tratamiento* que en el resto de las fases terapéuticas.
2. La forma de instruir del terapeuta va cambiando a lo largo del proceso terapéutico de la siguiente manera:
  - a. Los porcentajes de bloques de instrucciones *Formales, Con situación específica, Ejemplificación, Instrucción por escrito y práctica dentro de sesión* serán mayores en las primeras fases de la intervención (*Evaluación, Explicación y Tratamiento*), que en la fase de *Seguimiento*.
  - b. Los porcentajes de *Discriminativos de opinión, de dificultad, de viabilidad, de comprensión y de ejecución* serán mayores en las primeras fases de la intervención que en la fase de *Seguimiento*.

3. La forma de revisar las tareas instruidas por parte del terapeuta se va modificando a lo largo del proceso terapéutico de la siguiente forma:
  - a. Los porcentajes de *Discriminativos de cumplimiento específico, de cumplimiento de dificultad y ejecución en pasado* irán disminuyendo a medida que avanza la intervención hacia la fase de *Seguimiento*.
  - b. El porcentaje de *Refuerzos* al seguimiento de instrucciones será mayor en las primeras fases de la intervención que en la fase de *Seguimiento*.

## 2. MÉTODO

### 2.1. Participantes.

La muestra estuvo compuesta por 211 sesiones clínicas de aproximadamente 1 hora de duración y correspondientes a 19 casos tratados por 11 terapeutas que diferían en el grado de experiencia. Los terapeutas pertenecían al *Instituto Terapéutico de Madrid* en calidad de estudiantes de máster o profesional trabajador del centro. Todos los casos utilizados correspondían a clientes adultos que recibieron intervención psicológica de forma individual. En la Tabla 4.1. se recogen las características más relevantes de cada uno de los casos estudiados.

Previamente a la grabación, la observación y análisis de las sesiones, se solicitó a los clientes el correspondiente permiso escrito mediante el uso de un modelo de consentimiento informado, aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid y que puede ser consultado en el Anexo I.

**Tabla 4.1.** Características de los casos estudiados.

Caso	Sesión y duración	T	Experiencia (años)	Sexo (T)	Edad (T)	Sexo (C)	Edad (C)	Problema
	1 (0h 58m 20s)							
	2 (0h 57m 16s)							
	3 (0h 41m 58s)							
	4 (0h 51m 40s)							
	5 (1h 01m 02s)							
	6 (0h 58m 03s)							
1	7 (1h 14m 22s)	1	14	M	43	M	29	Bajo estado de ánimo
	8 (1h 06m 24s)							
	9 (1h 19m 56s)							
	10 (0h 52m 49s)							
	11 (1h 03m 22s)							
	13 (0h 51m 03s)							
	14 (0h 48m 04s)							

2	1	(0h 56m 01s)	1	16	M	45	M	32	Problema de pareja
	2	(0h 53m 13s)							
	3	(0h 52m 29s)							
	4	(0h 51m 28s)							
	5	(0h 59m 02s)							
	6	(0h 46m 13s)							
	7	(0h 45m 16s)							
	8	(0h 37m 49s)							
	9	(0h 58m 48s)							
	10	(0h 28m 42s)							
3	1	(0h 56m 19s)	1	15	M	44	M	36	Agorafobia
	2	(0h 47m 20s)							
	3	(0h 29m 52s)							
	4	(0h 37m 59s)							
	5	(0h 51m 47s)							
	7	(0h 21m 41s)							
	8	(0h 33m 52s)							
	9	(0h 35m 53s)							
	10	(0h 21m 01s)							
4	1	(0h 49m 38s)	2*	6	H	34	H	42	Problema de ansiedad
	2	(0h 59m 31s)							
	3	(0h 50m 30s)							
	4	(0h 55m 07s)							
	5	(1h 02m 28s)							
	6	(0h 50m 02s)							
	7	(1h 03m 49s)							
	8	(0h 32m 25s)							
	9	(0h 35m 28s)							
	10	(0h 21m 01s)							
5	1	(1h 02m 25s)	2*	6	H	34	H	58	Bajo estado de ánimo
	2	(1h 01m 12s)							
	3	(1h 01m 38s)							
	5	(1h 05m 13s)							
	6	(1h 02m 58s)							
	7	(0h 59m 20s)							
	8	(1h 02m 25s)							
	9	(0h 58m 11s)							
	10	(0h 52m 25s)							
	11	(1h 01m 58s)							
	12	(0h 43m 50s)							
	13	(1h 00m 40s)							
	6	1							
2		(0h 53m 24s)							
3		(0h 48m 39s)							
4		(0h 46m 25s)							
5		(0h 55m 25s)							
6		(0h 50m 03s)							
7		(0h 55m 26s)							
8		(0h 45m 13s)							
9		(0h 47m 01s)							
10		(0h 49m 10s)							
11		(0h 44m 30s)							
12		(0h 55m 06s)							
13		(0h 42m 50s)							
7	1	(1h 01m 34s)	3	16	H	40	H	18	Ataques de pánico
	3	(0h 55m 40s)							

	5	(0h 41m 24s)							
	6	(0h 46m 49s)							
	7	(0h 52m 39s)							
	8	(0h 45m 48s)							
	9	(0h 40m 13s)							
	10	(0h 26m 06s)							
	1	(0h 58m 00s)							
	2	(1h 04m 22s)							
	3	(1h 03m 21s)							
	4	(0h 25m 04s)							
8	5	(1h 11m 13s)	4*	6	M	30	H	48	Problema de ansiedad
	6	(1h 04m 22s)							
	7	(0h 58m 36s)							
	8	(1h 02m 51s)							
	9	(1h 03m 36s)							
	10	(1h 04m 23s)							
	11	(1h 04m 50s)							
	12	(1h 22m 16s)							
	1	(1h 03m 34s)							
	2	(0h 49m 35s)							
	3	(0h 52m 39s)							
	4	(1h 00m 42s)							
9	5	(0h 56m 47s)	5*	6	M	30	M	29	Problema de ansiedad
	6	(0h 52m 01s)							
	7	(0h 54m 34s)							
	8	(1h 00m 56s)							
	9	(0h 59m 45s)							
	2	(1h 09m 51s)							
	3	(1h 29m 08s)							
	4	(1h 18m 22s)							
	5	(0h 52m 46s)							
	6	(1h 18m 03s)							
10	7	(0h 53m 17s)	6	7	M	33	H	34	Hipocondría y problema de pareja
	8	(1h 01m 47s)							
	9	(1h 08m 30s)							
	10	(1h 02m 06s)							
	11	(0h 46m 22s)							
	12	(1h 14m 10s)							
	13	(1h 09m 42s)							
	1	(1h 02m 50s)							
	2	(0h 50m 14s)							
	3	(1h 19m 37s)							
	5	(1h 00m 30s)							
	6	(1h 14m 39s)							
11	7	(1h 23m 27s)	7	1	M	24	M	24	Problema de relación familiar
	8	(1h 13m 03s)							
	9	(0h 36m 05s)							
	10	(1h 12m 44s)							
	11	(0h 50m 50s)							
	13	(1h 00m 33s)							
	2	(0h 52m 26s)							
	3	(0h 45m 30s)							
12	4	(0h 50m 02s)	2	1	H	28	M	25	Problema de alimentación
	5	(0h 59m 03s)							
	6	(0h 54m 54s)							

	7	(0h 38m 42s)							
	8	(0h 40m 53s)							
	1	(0h 42m 42s)							
	2	(0h 48m 20s)							
	3	(0h 52m 43s)							
13	4	(0h 52m 11s)	4	1	M	24	H	21	Fobia a las arañas
	5	(0h 53m 09s)							
	6	(0h 59m 28s)							
	8	(0h 21m 08s)							
	9	(0h 19m 20s)							
	3	(1h 02m 23s)							
	4	(0h 53m 44s)							
	5	(1h 02m 18s)							
	7	(1h 01m 04s)							
	8	(0h 59m 47s)							
14	9	(0h 59m 02s)	5	1	M	24	M	34	Ruptura de pareja
	10	(1h 08m 23s)							
	11	(1h 07m 46s)							
	13	(1h 00h 27s)							
	14	(0h 57m 39s)							
	15	(1h 02m 44s)							
	1	(0h 54m 28s)							
	2	(1h 06m 03s)							
	3	(0h 55m 01s)							
15	4	(1h 04m 44s)	8	1	H	23	M	19	Déficit habilidades sociales
	5	(1h 00m 22s)							
	6	(0h 36m 01s)							
	7	(0h 48m 16s)							
	8	(0h 33m 48s)							
	1	(1h 37m 43s)							
	2	(0h 59m 48s)							
	3	(1h 10m 04s)							
	4	(1h 02m 11s)							
16	5	(1h 07m 25s)	9	1	M	23	H	22	Problema de ansiedad
	6	(1h 02m 55s)							
	7	(1h 07m 41s)							
	8	(1h 08m 01s)							
	9	(0h 58m 05s)							
	10	(1h 04m 45s)							
	1	(0h 56m 04s)							
	2	(1h 04m 20s)							
	3	(0h 48m 12s)							
	4	(0h 53m 12s)							
	5	(0h 57m 04s)							
	6	(0h 56m 52s)							
	7	(1h 00m 30s)							
17	8	(0h 28m 15s)	10	1	M	24	H	22	Problema de ansiedad
	9	(0h 50m 48s)							
	10	(1h 05m 06s)							
	11	(0h 44m 21s)							
	12	(0h 53m 00s)							
	13	(1h 02m 14s)							
	14	(1h 03m 02s)							
	15	(1h 00m 21s)							
	16	(0h 58m 27s)							



	17	(0h 39m 08s)							
	18	(0h 49m 14s)							
	19	(0h 36m 55s)							
	2	(0h 56m 46s)							
	3	(1h 10m 30s)							
	4	(1h 01m 25s)							
	5	(1h 11m 37s)							
	6	(1h 05m 15s)							
	7	(1h 03m 51s)							
	8	(1h 06m 10s)							
18	9	(1h 02m 10s)	10	1	M	24	H	22	Déficit habilidades sociales
	10	(1h 03m 38s)							
	11	(1h 05m 18s)							
	12	(0h 58m 30s)							
	13	(0h 59m 11s)							
	14	(1h 04m 06s)							
	15	(0h 54m 11s)							
	16	(1h 01m 37s)							
	17	(0h 38m 21s)							
	1	(0h 52m 08s)							
	3	(0h 55m 10s)							
	4	(0h 58m 47s)							
	5	(0h 51m 40s)							
	6	(1h 03m 00s)							
	7	(0h 59m 01s)							
19	8	(0h 54m 42s)	11	1	M	27	M	22	Problema de celos
	9	(0h 48m 59s)							
	10	(1h 10m 38s)							
	11	(1h 20m 31s)							
	12	(0h 53m 08s)							
	13	(1h 00m 45s)							
	14	(0h 48m 53s)							
	15	(0h 37m 52s)							
Total (N)	211	196h 12m 23s	11		E (10) I (9)	H (3) M (8)		H (10) M (9)	

T=Terapeuta; C=Cliente; H=Hombre; M=Mujer; E=Casos tratados por terapeutas expertos; I=Casos tratados por terapeutas inexpertos

## 2.2. Variables e instrumentos.

### a. Variables referidas a la conducta verbal del terapeuta:

- Verbalizaciones del terapeuta referidas a las categorías que se recogen en el Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta y del Cliente en la emisión de Instrucciones y la revisión del cumplimiento (SIST-INTER-INSTR a partir de ahora) elaborado a partir del Sistema de Categorización de la Conducta Verbal en terapia (Froján et al., 2011) (SISC-INTER-CVT a partir de ahora).

- *Bloques de instrucciones*, que se corresponden a aquellas partes de las sesiones clínicas en la que el terapeuta se dedica a instruir tareas terapéuticas que el cliente debe llevar a cabo en el contexto extra-clínico.
- *Bloques de revisión* considerados como las partes de las sesiones clínicas en las que los terapeutas evalúan el cumplimiento de las tareas terapéuticas instruidas en sesiones previas (en los *Bloques de instrucciones*)

Dentro de estos bloques se categorizaron diferentes verbalizaciones concretas del terapeuta y/o del cliente. En las Tabla 4.2. y 4.3. se resumen las categorías estudiadas relativas a los *Bloques de instrucciones y de revisión*. Para un análisis más exhaustivo de los criterios de categorización, se recomienda consultar el Anexo II.

b. Variables relativas a la terapia:

Para el Estudio I se utilizaron diferentes variables de bloqueo, dividiendo el proceso terapéutico en distintas partes, que se corresponden a diferentes momentos temporales de la intervención:

- Fase de *Evaluación*: desde la primera sesión hasta la última sesión previa a la explicación del análisis funcional por parte del terapeuta.
- Fase de *Explicación del análisis funcional y del plan de tratamiento*: sesión en la que el terapeuta explica la hipótesis de origen y de mantenimiento del problema, así como los objetivos de intervención.
- Fase de *Tratamiento*: desde la primera sesión posterior a la explicación del análisis funcional hasta la última sesión antes de la fase de *Seguimiento*.
- Fase de *Seguimiento*: a partir de que el terapeuta inicia el espaciamiento de las sesiones terapéuticas, de frecuencia semanal a frecuencia quincenal, hasta el final de la intervención.

**Tabla 4.2.** Categorías del terapeuta en los bloques de instrucciones del SIST-INTER-INSTR.

---

***Bloques de instrucciones***

*Formal:* bloques de instrucciones en los que el terapeuta instruye de una forma precisa la respuesta a realizar por el cliente.

*Con Situación específica:* bloques de instrucciones en los que el terapeuta precisa el estímulo discriminativo que señala cuando el cliente tiene que poner en marcha la tarea instruida.

*Con Ejemplificación:* bloques de instrucciones en los que el terapeuta añade situaciones hipotéticas o ejemplos en la forma de proceder a la hora de poner en marcha la tarea instruida.

*Con Instrucción por escrito:* bloques de instrucciones en los que el terapeuta proporciona por escrito la tarea terapéutica instruida.

*Con Práctica dentro de sesión:* bloques de instrucciones en los que el terapeuta lleva a cabo ensayos de conducta simulando la tarea terapéutica instruida.

---

**Categorías concretas del terapeuta incluidas en los *Bloques de instrucciones***

*Instrucción formal:* instrucciones formuladas de forma precisa y que delimita claramente la respuesta operante a llevar a cabo por el cliente.

*Instrucción no formal:* instrucciones formuladas de forma vaga e informativa. En ocasiones estas instrucciones están formuladas en forma de sugerencia, consejo o simplemente informan sobre la posibilidad de llevar a cabo ciertas conductas.

*Discriminativo de viabilidad:* discriminativos emitidos por el terapeuta con el objetivo de evaluar si es factible que el cliente lleve a cabo la tarea instruida o la que se va a instruir.

*Discriminativo de dificultad en presente o futuro:* verbalizaciones dirigidas a obtener información sobre posibles dudas o problemas que el cliente pueda tener sobre la tarea instruida, así como la anticipación de posibles problemas a la hora de poner en marcha la conducta instruida.

*Discriminativo de opinión:* verbalizaciones del terapeuta dirigidas a obtener información sobre la opinión o valoración del cliente sobre la conducta instruida o a instruir.

*Discriminativo de ejecución en presente o futuro:* verbalizaciones que tienen como objetivo evaluar cómo el cliente va a llevar a cabo la tarea instruida con el fin de delimitar las contingencias ambientales en las que realizar la Conducta.

*Discriminativo de comprensión:* verbalizaciones del terapeuta que intenta verificar que el cliente entiende la lógica de la/s tarea/s instruida/s o, en su caso, la importancia o relevancia de su cumplimiento.

*Operación de establecimiento:* verbalizaciones que tienen como objetivo aumentar la probabilidad de ocurrencia de la Conducta instruidas.

---

**Tabla 4.3.** Categorías del terapeuta en los bloques de revisión del SIST-INTER-INSTR.

---

<i>Bloques de revisión</i>
<b>Categorías concretas del terapeuta <u>incluidas</u> en los <i>Bloques de revisión</i></b>
<i>Discriminativo de cumplimiento específico:</i> verbalizaciones del terapeuta dirigidas a evaluar si el cliente ha cumplido con una tarea concreta que ha sido instruida.
<i>Discriminativo de cumplimiento inespecífico:</i> verbalizaciones del terapeuta dirigidas a evaluar el cumplimiento de las tareas instruidas, pero de forma general.
<i>Discriminativo de cumplimiento de dificultad en pasado:</i> verbalizaciones del terapeuta que tienen como objetivo evaluar posibles problemas surgidos durante la semana en la práctica de la tarea instruida.
<i>Discriminativo de cumplimiento de ejecución en pasado:</i> verbalizaciones del terapeuta que tienen como finalidad evaluar la forma de proceder del cliente a la hora de llevar a cabo la tarea instruida.
<i>Refuerzo:</i> verbalizaciones de aprobación del terapeuta ante verbalizaciones del cliente relacionadas con el cumplimiento de la tarea instruida.
<i>Castigo:</i> verbalizaciones de desaprobación ante verbalizaciones del cliente relacionadas con el cumplimiento de la tarea instruida.
<i>Operación de establecimiento:</i> verbalizaciones que tienen como objetivo aumentar la probabilidad de ocurrencia de la Conducta instruida por el terapeuta.

---

c. Instrumentos:

- El SIST-INTER-INSTR, nombrado previamente. El proceso de elaboración de esta herramienta será descrito con detalle en el apartado de Procedimiento.
- El software *The Observer XT* versión 12 (Noldus ®) para la observación, codificación y registro de las sesiones clínicas estudiadas. Este software también fue utilizado para el análisis de los porcentajes de acuerdo y para la estimación de la fiabilidad inter e intra-observador.
- El paquete estadístico *IBM SPSS Statistics* versión 22, así como el Excel del paquete Office 2016 para el traspaso de los datos entre el software *The Observer XT* y el *IBM SPSS Statistics*.

### 2.3. Procedimiento.

En primer lugar, tras una revisión sistemática de la literatura y un análisis sistemático de verbalizaciones del terapeuta, como punto de partida se buscó una

definición del término instrucción adecuada para el contexto clínico. De este modo, se definieron las instrucciones como *verbalizaciones emitidas por el terapeuta que están dirigidas a evocar respuestas operantes en el cliente fuera de sesión. Por tanto, son verbalizaciones que especifican respuestas diferidas en el tiempo, no inmediatas*.

Tras la definición del término, un observador experto en Terapia de Conducta y con experiencia en observación sistemática y análisis de la interacción verbal (observador 1 a partir de ahora) llevó a cabo observaciones asistemáticas para proponer una categorización inicial de aquellas verbalizaciones relacionadas con la emisión de instrucciones y la revisión del cumplimiento de las tareas instruidas, así como la delimitación de los *Bloques de instrucciones y de revisión*. Durante esta fase de elaboración del SIST-INTER-INSTR, el observador 1 analizaba junto a un equipo experto en elaboración sistemas de categorías, formado por otros tres miembros más, la categorización de las diferentes verbalizaciones relacionadas con el objeto de estudio hasta llegar a una primera propuesta de categorías.

Se consideró que un *Bloque de instrucción* se iniciaba cuando el terapeuta prescribía determinadas tareas terapéuticas a realizar por el cliente en el espacio inter-sesiones, o bien cuando emitía algún tipo de verbalización relacionada con la tarea terapéutica que posteriormente iba a instruir. El fin del *Bloque de instrucción* tenía lugar cuando el terapeuta o el cliente cambiaban la interacción verbal a un tema ajeno a la tarea terapéutica instruida. Dado que los *Bloques de instrucciones* delimitan los momentos de las sesiones clínicas en los que los terapeutas instruyen tareas terapéuticas para casa, dentro de éstos se categorizaron diferentes verbalizaciones concretas del terapeuta. Por otro lado, el inicio de los *Bloques de revisión* tenía lugar cuando el terapeuta evaluaba el cumplimiento de las tareas terapéuticas y finalizaba cuando el terapeuta o el cliente comenzaban a hablar de un tema ajeno a las tareas terapéuticas que estaban siendo revisadas. Al igual que en los *Bloques de instrucciones*, dentro de los *Bloques de revisión* se categorizaban diferentes verbalizaciones concretas del terapeuta relacionadas con la revisión del cumplimiento de las tareas terapéuticas.

Una vez que se elaboró el sistema preliminar, se pasó a una fase de depuración en la que un segundo observador, también experto en Terapia de Conducta y con experiencia en observación sistemática y análisis de la interacción verbal (observador 2 a partir de

---

<sup>5</sup> Para una definición más completa consultar el punto 1 del SIST-INTER-INSTR en el Anexo II

ahora), codificaba paralelamente al observador 1 las mismas sesiones clínicas y se calculaba el porcentaje de acuerdo y el coeficiente de Kappa de Cohen. Ambos observadores registraban en cada sesión los Bloques de instrucciones y los Bloques de revisión en la sesión posterior en la que el terapeuta revisaba las tareas instruidas en la sesión previa. Los errores y dudas del registro eran discutidos por los dos observadores y consultados en las reuniones periódicas con el equipo experto. A partir de los acuerdos establecidos se fue elaborando la guía de acuerdos del SIST-INTER-INSTR y éstos fueron tomados en cuenta para los siguientes registros. Esta fase de depuración finalizó cuando el porcentaje de acuerdo y el coeficiente de Kappa de Cohen se mantuvieron entre valores buenos (valores situados entre 0,60 y 0,75) y excelentes (valores superiores a 0,75) (Bakeman, 2000; Landis y Koch, 1977).

Una vez obtenido el sistema de categorías definitivo, se seleccionó la muestra a observar y registrar. Las sesiones de cada caso fueron clasificadas según el momento temporal de la intervención, fase de Evaluación, Explicación, Tratamiento o Seguimiento. Para garantizar unas adecuadas garantías científicas en la observación realizada, se llevaron a cabo pruebas de concordancia inter e intra-observador, calculando periódicamente el porcentaje de acuerdo y el coeficiente de Kappa de Cohen para corregir los aciertos debido al azar. Para ello, de cada caso completo que registraba el observador 1 se escogía al azar una sesión (sesión de Bloques de instrucciones) y la posterior a ésta (sesión de Bloques de revisión) que eran registradas por el observador 2 para su comparación. Este mismo procedimiento se llevó a cabo para las pruebas de concordancia intra-observador por el observador 1, cuando éste finalizaba el registro de cada caso por completo. En la Tabla 4.4. se muestran los resultados del estudio de fiabilidades.

Una vez fueron registradas las sesiones de la muestra, los registros fueron exportados mediante el software *The Observer XT* en formato *Excel*. Este traspaso facilitó el análisis de las frecuencias de las categorías estudiadas para ser convertidas en porcentajes. Finalmente, los datos definitivos fueron traspasados a una base de datos del paquete estadístico *IBM SPSS*, con el cual se realizaron los análisis pertinentes.

**Tabla 4.4.** Índices de concordancia y fiabilidad inter e intraobservador.

Par/Caso	Fiabilidad inter-observador			Fiabilidad intra-observador		
	Sesión	PA (%)	<i>k</i>	Sesión	PA (%)	<i>k</i>
1	I	79	0,76	I	84	0,81
	R	90	0,89	R	95	0,95
2	I	86	0,83	I	84	0,81
	R	81	0,78	R	84	0,81
3	I	84	0,82	I	82	0,79
	R	81	0,79	R	80	0,77
4	I	85	0,82	I	85	0,82
	R	78	0,76	R	79	0,77
5	I	72	0,70	I	85	0,83
	R	74	0,71	R	84	0,82
6	I	80	0,76	I	81	0,77
	R	82	0,80	R	88	0,86
7	I	83	0,80	I	91	0,90
	R	86	0,84	R	92	0,90
8	I	75	0,72	I	82	0,79
	R	83	0,80	R	92	0,90
9	I	78	0,74	I	83	0,80
	R	77	0,75	R	85	0,83
10	I	84	0,81	I	80	0,77
	R	93	0,92	R	85	0,84
11	I	75	0,71	I	84	0,81
	R	81	0,79	R	82	0,80
12	I	83	0,80	I	82	0,80
	R	100	1	R	87	0,86
13	I	83	81	I	82	0,79
	R	NR	NR	R	91	0,90
14	I	77	0,73	I	85	0,83
	R	74	0,72	R	90	0,88
15	I	85	0,83	I	81	0,79
	R	87	0,86	R	83	0,82
16	I	86	0,84	I	74	0,70
	R	79	0,74	R	80	0,78
17	I	81	0,78	I	80	0,77
	R	72	0,70	R	84	0,81
18	I	85	0,82	I	91	0,89
	R	86	0,83	R	90	0,89
19	I	75	0,71	I	81	0,78
	R	79	0,76	R	90	0,88

I=Sesión de *Bloques de instrucciones*; R=Sesión de *Bloques de revisión*; PA= Porcentaje de acuerdo; *k*=kappa de Cohen; NR=No existencia de bloques de revisión

Nivel de significación de las comparaciones  $p > 0,001$

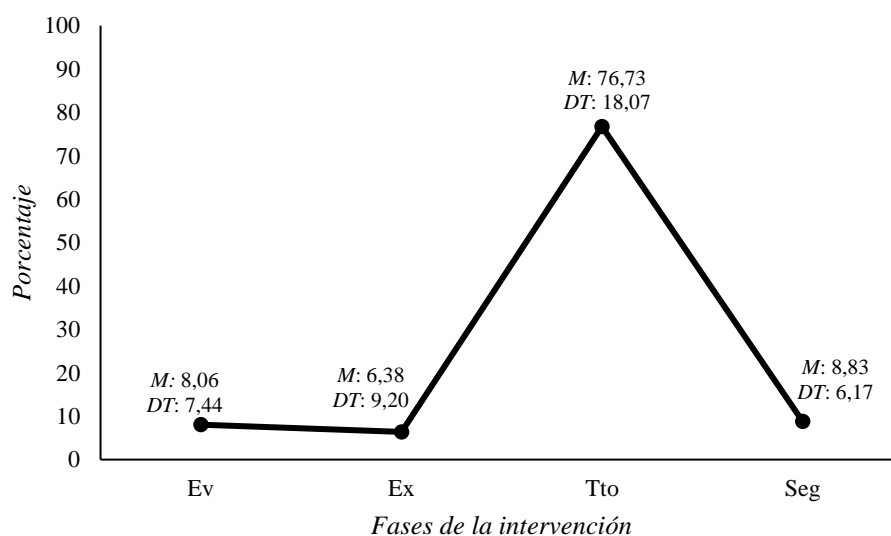
### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Distribución de los bloques de instrucciones a lo largo del proceso terapéutico (Hipótesis 1).

En la Figura 4.1. se presenta la gráfica con los estadísticos descriptivos correspondientes relativos al porcentaje de bloques de instrucciones en las diferentes fases de la intervención para contrastar la hipótesis 1. Se observa que el porcentaje aumenta desde la fase de *Evaluación* hacia la fase de *Tratamiento*, donde adquiere el mayor porcentaje, y tiende a disminuir hacia el final de la intervención, durante la fase de *Seguimiento*.

Para analizar la diferencias entre fases se aplicó la Prueba de Friedman para medidas repetidas y se obtuvo un valor de  $\chi^2(3)=32,823$  ( $p<0,001$ ) lo que permite mantener la hipótesis de que existen diferencias significativas entre las porcentajes de las diferentes fases de la intervención. Para analizar entre qué pares se encuentran las diferencias estadísticamente significativas, se procedió a realizar contrastes por pares entre las diferentes fases de la intervención mediante la prueba de Wilcoxon. En la Tabla 4.5. se muestra que el porcentaje de bloques de instrucciones en la fase de *Tratamiento* difiere significativamente de los porcentajes de bloques de instrucciones en las fases de *Evaluación*, *Explicación* y *Seguimiento* (Ev, Ex, Tto y Seg). Estos resultados permiten comprobar la Hipótesis 1, manteniéndola en el sentido de lo esperado.

**Figura 4.1.** Porcentaje de *Bloques de instrucciones* a lo largo del proceso terapéutico.





**Tabla 4.5.** Prueba de Wilcoxon para los porcentajes de bloques de instrucciones entre las fases de la intervención.

	Ev-Ex	Ev-Tr	Ev-Seg	Ex-Tr	Ex-Seg	Tr-Seg
<i>z</i>	-1,112	-3,724	-0,544	-3,783	-1,328	-2,724
<i>p</i>	0,266	0,000**	0,586	0,001**	0,184	0,000**

Ev=Fase de evaluación; Ex=Fase de explicación; Tr= Fase de tratamiento; Seg=Fase de seguimiento

\*\*Significativo tomando en consideración  $\alpha=0,008$  al aplicar la corrección de Bonferroni

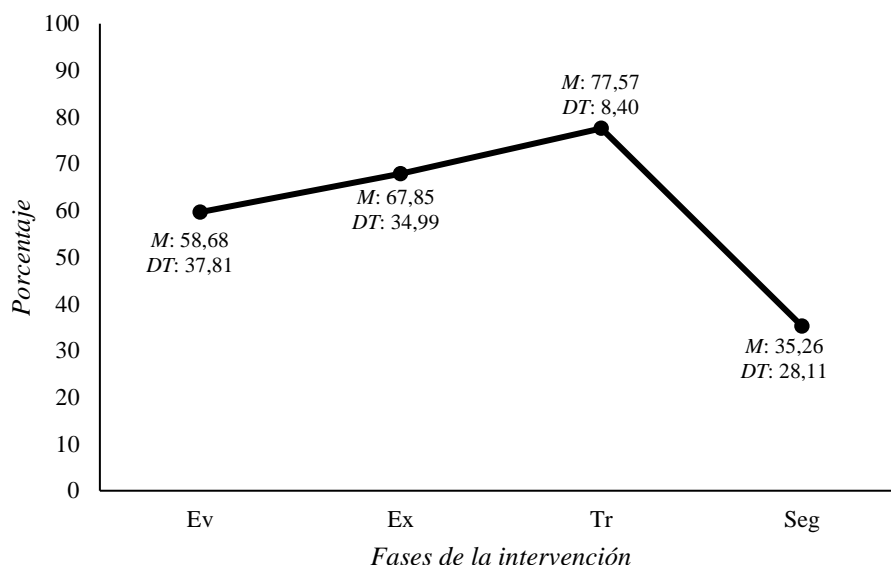
### 3.2. Análisis de la formulación de las instrucciones a lo largo del proceso terapéutico (Hipótesis 2).

En primer lugar, para analizar los bloques de instrucciones *Formales*, se analizaron los estadísticos descriptivos relativos a los porcentajes de éstos a lo largo del proceso terapéutico (véase Figura 4.2). Como puede observarse, el porcentaje de bloques de instrucciones *Formales* tiende a aumentar hacia la fase de *Tratamiento*, donde adquiere su mayor valor, pero disminuye de forma pronunciada hacia la fase de *Seguimiento*.

Al aplicar la prueba de Friedman para medidas repetidas se obtuvo un valor de  $\chi^2(3)=11,146$  ( $p=0,011$ ), lo que permite establecer que los porcentajes de bloques de instrucciones *Formales* son diferentes a nivel estadístico en las fases de la intervención. Concretamente, en el estudio de contrastes por pares con la prueba de Wilcoxon se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre las fases de *Tratamiento* y *Seguimiento*, y entre las fases de *Seguimiento* y las de *Evaluación* y *Explicación*, aunque en el caso de los dos últimos pares, sin tener en cuenta la corrección de Bonferroni (véase Tabla 4.6.).

Para analizar si las diferencias en los porcentajes de bloques de instrucciones *Formales* y *No formales* son significativas a nivel estadístico en cada fase de la intervención, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para grupos independientes. Los resultados se recogen en la Tabla 4.7., donde se observa que, a excepción de la fase de *Evaluación*, la diferencia entre los porcentajes de estos bloques es estadísticamente significativa; en el caso de las fases de *Explicación* y *Tratamiento* a favor de los bloques de instrucciones *Formales*, y en la fase de *Seguimiento* a favor de los bloques de instrucciones *No Formales*.

**Figura 4.2.** Porcentaje de bloques de instrucciones *Formales* a lo largo del proceso terapéutico.



**Tabla 4.6.** Prueba de Wilcoxon entre las fases de la intervención para los bloques de instrucciones *Formales*.

	Ev-Ex	Ev-Tr	Ev-Seg	Ex-Tr	Ex-Seg	Tr-Seg
<i>z</i>	-1,326	-1,167	-2,172	-0,345	-2,276	-3,582
<i>p</i>	0,185	0,243	0,030*	0,730	0,023*	0,000**

Ev=Fase de evaluación; Ex=Fase de explicación; Tr= Fase de tratamiento; Seg=Fase de seguimiento

\* Significativo tomando en consideración  $\alpha=0,05$

\*\*Significativo tomando en consideración  $\alpha=0,008$  al aplicar la corrección de Bonferroni

**Tabla 4.7.** Prueba U de Mann-Whitney para la diferencia entre bloques de instrucciones *Formales* y *No formales*.

	Ev	+	Ex	+	Tr	+	Seg	+
<i>z</i>	-1,450	Sin	-3,964	Formal	-5,275	Formal	-3,002	No
<i>p</i>	0,147	diferencias	0,000**		0,000**		0,003**	formal

Ev=Fase de evaluación; Ex=Fase de explicación; Tr= Fase de tratamiento; Seg=Fase de seguimiento

\*\*Significativo tomando en consideración  $\alpha=0,003$  al aplicar la corrección de Bonferroni

+ Bloque de instrucción predominante

En segundo lugar, se obtuvieron los estadísticos descriptivos para cada uno de los bloques *Con situación específica, ejemplificación, instrucción por escrito y práctica dentro de sesión* en las fases de la intervención, que se recogen en la Tabla 4.8. Un resultado importante a mencionar es la poca frecuencia de bloques con estos

componentes, ya que en todos los casos su porcentaje de ocurrencia obtenido se muestra por debajo del 50%. De forma adicional se observa que la diferencia entre los bloques *Con* y los bloques *Sin situación específica, ejemplificación, instrucción por escrito y práctica dentro de sesión*, calculada con la prueba U de Mann-Whitney, es significativa a nivel estadístico en casi todas las fases de la intervención, como puede verse en la Tabla 4.9.

**Tabla 4.8.** Estadísticos descriptivos de los diferentes tipos de bloques de instrucciones.

Bloque	Evaluación		Explicación		Tratamiento		Seguimiento	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Con situación específica	28,36	23,07	40,92	34,60	31,10	11,91	34,15	27,98
Con ejemplificación	24,00	22,93	11,78	20,39	14,57	10,92	7,63	10,66
Con instrucción escrita	43,31	34,50	25,78	39,75	28,94	21,03	9,31	28,16
Con práctica dentro de sesión	16,00	26,63	4,42	9,98	5,52	8,36	0,00	0,00

**Tabla 4.9.** Prueba U de Mann-Whitney para la diferencia entre los diferentes bloques de instrucciones.

		Ev	+	Ex	+	Tr	+	Seg	+
Situación específica	z	-4,247	Sin S. E.	-0,876	Sin diferencias	-5,171	Sin S. E.	-2,725	Sin S. E.
	p	0,000**		0,381		0,000**		0,006*	
Ejemplificación	z	-4,313	Sin Ej.	-4,279	Sin Ej.	-5,258	Sin Ej.	-5,402	Sin Ej.
	p	0,000**		0,000**		0,000**			
Instrucción escrita	z	-1,381	Sin diferencias	-2,069	Sin I. E.	-4,251	Sin I. E.	-5,246	Sin I. E.
	p	0,167		0,039*		0,000**			
Práctica dentro de sesión	z	-4,630	Sin P. S.	-4,810	Sin P. S.	-5,303	Sin P.S.	-6,083	Sin P. S.
	p	0,000**		0,000**		0,000**			

Ev=Fase de evaluación; Ex=Fase de explicación; Tr= Fase de tratamiento; Seg=Fase de seguimiento

\* Significativo tomando en consideración  $\alpha=0,05$

\*\*Significativo tomando en consideración  $\alpha=0,003$  al aplicar la corrección de Bonferroni

+ Bloque de instrucción predominante

Sin S. E.=Sin Situación Específica; Sin Ej.=Sin Ejemplificación; Sin I. E.=Sin Instrucción por escrito; Sin P. S.= Sin práctica dentro de sesión

En cuanto a la evolución de los porcentajes de los bloques de instrucciones *Con* estos componentes, la Figura 4.3. muestra un decremento en todos ellos hacia la fase de *Seguimiento*, a excepción de los bloques de instrucciones *Con Situación específica*. No obstante, al aplicar la prueba de Friedman para medidas repetidas únicamente en los porcentajes de bloques de instrucciones *Con instrucción por escrito y Con práctica dentro de sesión* se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas (véase Tabla 4.10.). De este modo, se procedió al contraste por pares de estos bloques para ver en qué fases

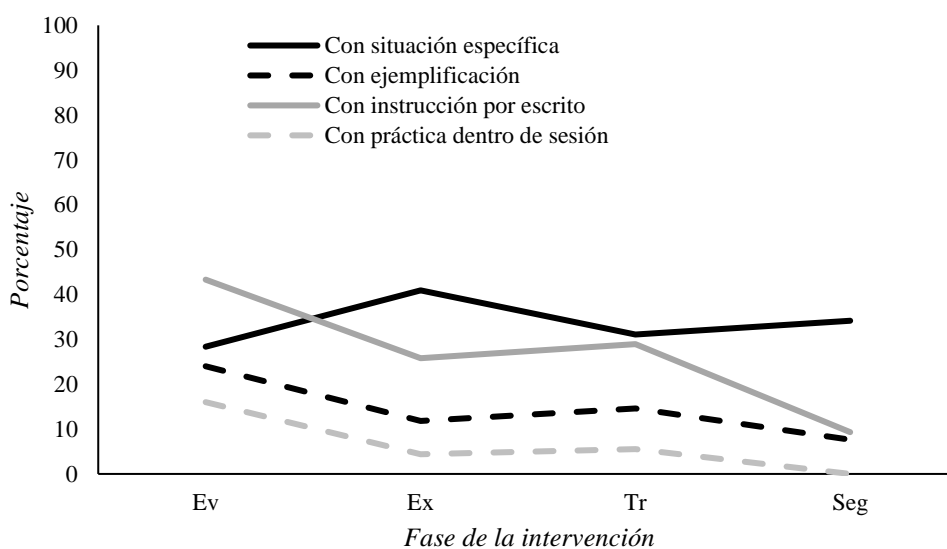
se encontraban las diferencias. Los resultados, mostrados en la Tabla 4.11., muestran diferencias significativas entre las fases de *Tratamiento* y de *Seguimiento*, y entre las fases de *Evaluación* y *Seguimiento*, en este último par sin tener en cuenta la corrección de Bonferroni.

**Tabla 4.10.** Prueba de Friedman para medidas repetidas de los tipos bloques de instrucciones.

	Con situación específica	Con Ejemplificación	Con instrucción escrita	Con práctica dentro de sesión
$\chi^2(3)$	1,152	5,227	11,603	12,064
$p$	0,765	0,156	0,009*	0,007*

\* Significativo tomando en consideración  $\alpha=0,05$

**Figura 4.3.** Evolución de los tipos de bloques de instrucciones a lo largo del proceso terapéutico.



**Tabla 4.11.** Prueba de Wilcoxon entre las fases de la intervención para los tipos de bloques de instrucciones.

Bloques de instrucciones <i>Con instrucción escrita</i>						
	Ev-Ex	Ev-Tr	Ev-Seg	Ex-Tr	Ex-Seg	Tr-Seg
$z$	-0,707	-1,590	-2,461	-0,245	-1,362	-2,776
$p$	0,480	0,112	0,014*	0,807	0,173	0,006**
Bloques de instrucciones <i>Con práctica dentro de sesión</i>						
$z$	-1,542	-1,412	-2,527	-1,100	-1,604	-3,062
$p$	0,123	0,158	0,012*	0,272	0,109	0,002**

Ev=Fase de evaluación; Ex=Fase de explicación; Tr= Fase de tratamiento; Seg=Fase de seguimiento

\* Significativo tomando en consideración  $\alpha=0,05$

\*\*Significativo tomando en consideración  $\alpha=0,008$  al aplicar la corrección de Bonferroni

Estos resultados obtenidos nos permiten confirmar parcialmente la Hipótesis 2.a., ya que, en el caso de los *Bloques de instrucciones Formales, Con instrucción escrita y Con práctica dentro de sesión* los resultados van en el sentido de lo esperado, manteniendo la hipótesis planteada. Sin embargo, esto no ocurre para el caso de los *Bloques de instrucciones Con situación específica y Con ejemplificación*.

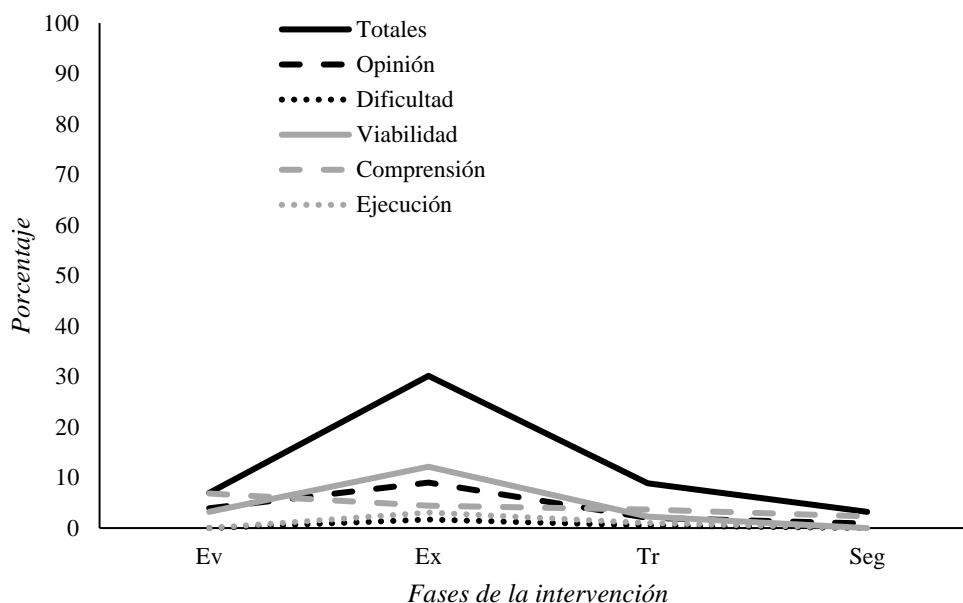
En tercer lugar, para el análisis de los diferentes tipos de discriminativos en los bloques de instrucciones (Hipótesis 2.b.) se obtuvieron los estadísticos descriptivos presentados en la Tabla 4.12. Un aspecto llamativo en estos resultados es la baja frecuencia de aparición de estas categorías, por lo que se optó por llevar a cabo un análisis del uso de discriminativos independientemente a su tipología con el nombre de “Totales”.

Estos datos fueron representados en la Figura 4.4. y muestran que el porcentaje de los discriminativos totales tiende a aumentar levemente durante la fase de *Explicación* y a disminuir hacia la fase de *Seguimiento*. Al analizar cada tipo de discriminativo por separado, se observa también esta tendencia en todos ellos, a excepción del *Discriminativo de comprensión* que disminuye a medida que avanzan las diferentes fases de la intervención.

**Tabla 4.12.** Estadísticos descriptivos de los diferentes tipos de discriminativos.

Discriminativo	Evaluación		Explicación		Tratamiento		Seguimiento	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Totales	6,93	15,07	30,12	52,22	8,95	8,24	3,17	5,72
Opinión	3,91	10,31	8,94	19,66	2,06	2,52	0,88	2,65
Dificultad	0,00	0,00	1,63	4,05	0,47	0,92	0,00	0,00
Viabilidad	3,25	9,27	12,14	28,87	2,32	3,56	0,00	0,00
Comprensión	6,84	23,10	4,43	10,04	3,79	7,62	2,29	5,47
Ejecución	0,00	0,00	3,10	9,10	0,99	1,47	0,00	0,00

**Figura 4.4.** Evolución de los tipos de discriminativos a lo largo del proceso terapéutico.



Para ver si las variaciones de los diferentes discriminativos son significativas, se llevó a cabo la prueba de Friedman para medidas repetidas. Los resultados de la prueba mostraron que únicamente los *Discriminativos de comprensión y de ejecución en presente o futuro* muestran diferencias estadísticamente significativas entre las fases de la intervención (véase Tabla 4.13.). No obstante, dado que tanto los discriminativos totales, como el resto de los tipos de discriminativos obtuvieron valores cercanos a la significación estadística, se procedió a realizar los contrastes por pares en todos los tipos de discriminativos.

En la Tabla 4.14. se resumen los contrastes entre las fases de la intervención para los discriminativos totales y el resto de tipos de discriminativos. En los discriminativos totales se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la fase de *Tratamiento* y la de *Seguimiento*, y, sin tener en cuenta la corrección de Bonferroni, entre la fase de *Evaluación* y *Explicación* y entre las fases de *Seguimiento* y *Explicación*. En el *Discriminativo de dificultad* únicamente se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas sin tener en cuenta la corrección de Bonferroni entre las fases de *Tratamiento* y *Evaluación* y entre las fases de *Tratamiento* y *Seguimiento*.

En cuanto al *Discriminativo de viabilidad*, las diferencias en sus porcentajes entre las fases de *Tratamiento* y *Seguimiento* resultaron ser significativas a nivel estadístico.

En este mismo par se encontró significación estadística en el caso del *Discriminativo de ejecución*, y también en la comparación entre las fases de *Evaluación y Tratamiento*, pero, en ambos casos, sin tener en cuenta la corrección de Bonferroni. Referente a los *Discriminativos de opinión y de comprensión*, ninguna de las diferencias en los porcentajes entre las fases de la intervención fue significativa a nivel estadístico.

La baja frecuencia de los discriminativos nos lleva a realizar una interpretación cautelosa de los resultados para contrastar la Hipótesis 2.b. En este sentido, en todos los tipos de discriminativos se encontraron tendencias a la disminución a medida que avanza la intervención, tal y como se planteó en la hipótesis, aunque este decremento no tuvo lugar desde la fase de *Evaluación*, sino que tuvo lugar desde la fase de *Explicación* a la de *Seguimiento*, un resultado que no fue contemplado en la hipótesis planteada, por lo que se rechaza la misma.

**Tabla 4.13.** Prueba de Friedman para medidas repetidas de los tipos de discriminativos.

	Totales	Opinión	Dificultad	Viabilidad	Comprensión	Ejecución
$\chi^2(3)$	7,081	7,609	7,364	8,912	8,643	12,000
$p$	0,071	0,055	0,061	0,063	0,034*	0,007*

\* Significativo tomando en Consideración  $\alpha=0,05$

**Tabla 4.14.** Prueba de Wilcoxon entre las fases de la intervención para los tipos de discriminativos.

<i>Discriminativos totales</i>						
	Ev-Ex	Ev-Tr	Ev-Seg	Ex-Tr	Ex-Seg	Tr-Seg
$z$	-2,100	-0,909	-1,192	-1,727	-2,448	-2,726
$p$	0,036*	0,363	0,233	0,084	0,014*	0,006**
<i>Discriminativo de opinión</i>						
$z$	-1,214	-0,664	-1,214	-0,178	-1,483	-1,334
$p$	0,225	0,507	0,225	0,859	0,138	0,182
<i>Discriminativo de dificultad en presente o futuro</i>						
$z$	-1,342	-2,023	0,000	-0,405	-1,342	-2,023
$p$	0,180	0,043*	1,000	0,686	0,180	0,043*
<i>Discriminativo de viabilidad</i>						
$z$	-0,524	-1,255	-1,604	-0,420	-1,604	-2,934
$p$	0,600	0,209	0,109	0,674	0,109	0,003**
<i>Discriminativo de comprensión</i>						
$z$	-0,135	-0,706	0,135	-1,245	-0,674	-0,706
$p$	0,893	0,480	0,893	0,213	0,500	0,480
<i>Discriminativo de ejecución en presente o futuro</i>						
$z$	-1,342	-2,521	0,000	-0,420	-1,342	-2,521
$p$	0,180	0,012*	1,000	0,674	0,180	0,012*

Ev=Fase de evaluación; Ex=Fase de explicación; Tr= Fase de tratamiento; Seg=Fase de Seguimiento

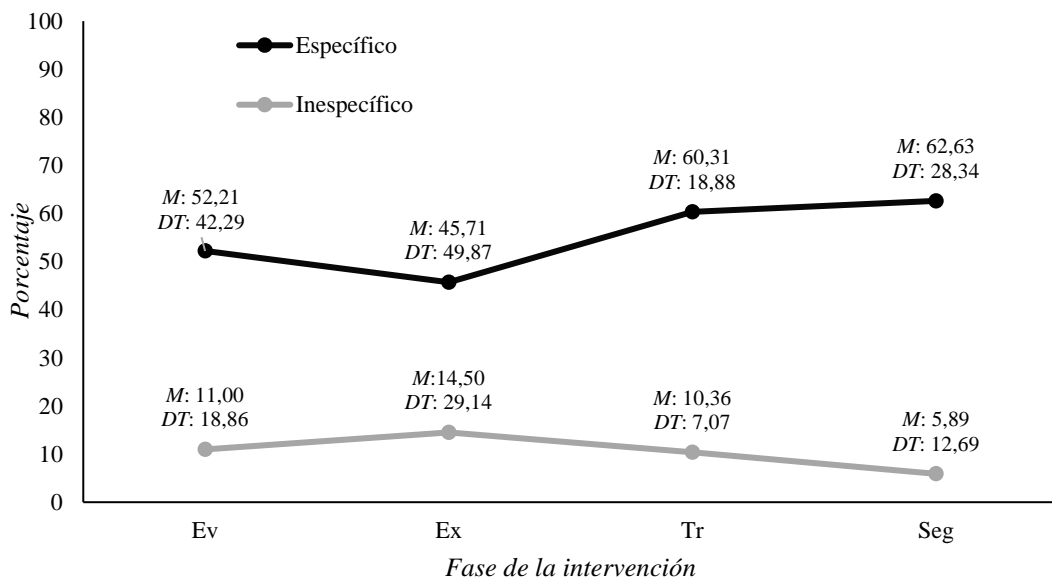
\* Significativo tomando en consideración  $\alpha=0,05$

\*\*Significativo tomando en consideración  $\alpha=0,008$  al aplicar la corrección de Bonferroni

### 3.3. Análisis de la forma de revisar el cumplimiento de las tareas instruidas a lo largo del proceso terapéutico (Hipótesis 3).

Para analizar la evolución de los discriminativos de cumplimiento (Hipótesis 3.a.), se obtuvieron los estadísticos descriptivos que se presentan en la Figura 4.5. Esta gráfica muestra que los terapeutas utilizan de forma más frecuente *Discriminativos de cumplimiento específico* que *inespecífico* y que, además, esta forma de evaluar el cumplimiento terapéutico se mantiene estable a lo largo del proceso terapéutico, ya que la prueba U de Mann-Whitney mostró que la diferencia entre el uso de éstos, con predominancia de los de *cumplimiento específico*, es significativa a nivel estadístico en todas las fases de la intervención (Tabla 4.15.).

**Figura 4.5.** Evolución de los tipos de discriminativos de cumplimiento a lo largo del proceso terapéutico.



**Tabla 4.15.** Prueba U de Mann-Whitney para la diferencia entre los diferentes discriminativos de cumplimiento.

	Ev	+	Ex	+	Tr	+	Seg	+
z	-2,624		-2,023		-5,198		-4,878	
p	0,009*	Específico	0,043*	Específico	0,000**	Específico	0,000**	Específico

Ev=Fase de evaluación; Ex=Fase de explicación; Tr= Fase de tratamiento; Seg=Fase de seguimiento

\* Significativo tomando en consideración  $\alpha=0,05$

\*\*Significativo tomando en consideración  $\alpha=0,003$  al aplicar la corrección de Bonferroni

+ Discriminativo de cumplimiento predominante



Por otra parte, la variación de estos discriminativos durante la intervención muestra que mientras los *Discriminativo de cumplimiento específico* tienden a aumentar hacia la fase de *Seguimiento*, el porcentaje de *Discriminativos de cumplimiento inespecífico* sigue un patrón contrario, de decremento. No obstante, no se obtuvieron diferencias significativas en la prueba de Friedman para medidas repetidas, aunque en el caso del *Discriminativo de cumplimiento inespecífico* el valor de Chi-cuadrado obtenido muestra un valor cercano a la significación estadística (véase Tabla 4.16.). Al realizar los contrastes por pares para este discriminativo, se obtuvo significación estadística, sin aplicar la corrección de Bonferroni, entre los pares de *Tratamiento* y *Seguimiento* (véase Tabla 4.17.).

**Tabla 4.16.** Prueba de Friedman para medidas repetidas de los *Discriminativos de cumplimiento específico e inespecífico*.

	Específico	Inespecífico
$\chi^2(3)$	0,780	7,649
$p$	0,854	0,054

\* Significativo tomando en consideración  $\alpha=0,05$

**Tabla 4.17.** Prueba de Wilcoxon entre las fases de la intervención para el *Discriminativo de cumplimiento inespecífico*.

	Ev-Ex	Ev-Tr	Ev-Seg	Ex-Tr	Ex-Seg	Tr-Seg
$z$	-0,530	-0,308	-0,850	-0,345	-0,676	-2,296
$p$	0,596	0,758	0,395	0,730	0,499	0,022*

Ev=Fase de evaluación; Ex=Fase de explicación; Tr= Fase de tratamiento; Seg=Fase de Seguimiento

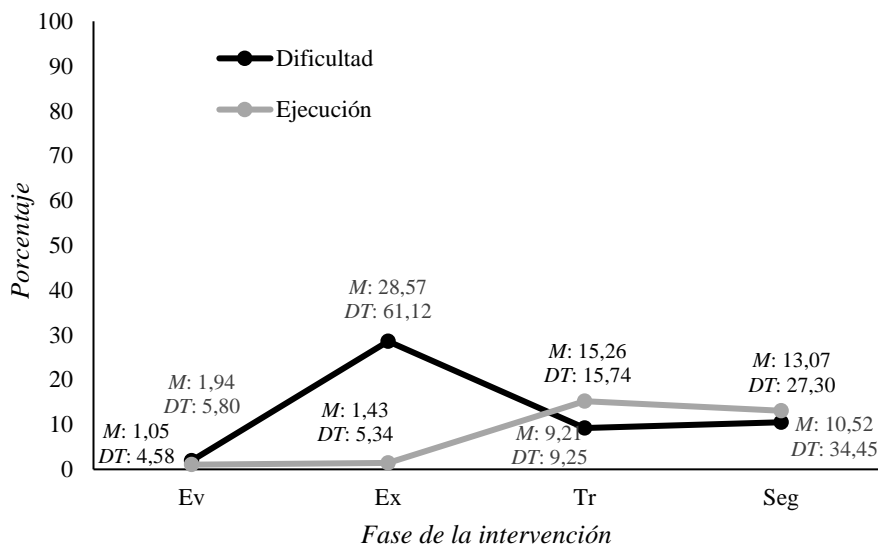
\* Significativo tomando en consideración  $\alpha=0,05$

En cuanto a los *Discriminativos de cumplimiento de dificultad y ejecución en pasado* se obtuvieron los estadísticos descriptivos resumidos en la Figura 4.6. En estos resultados se observa que, mientras el primer tipo de discriminativo aumenta de forma abrupta en la fase de *Explicación* y disminuye hacia el *Tratamiento*, el segundo tipo aumenta de forma pronunciada en la fase de *Tratamiento*. Desde la fase de *Tratamiento* a la fase de *Seguimiento* los porcentajes de ambos discriminativos se mantienen estables.

Al analizar las diferencias entre fases con la prueba de Friedman, se obtuvieron diferencias significativas en ambos tipos de discriminativos, tal y como se puede observar en la Tabla 4.18, por lo que se procedió a analizar los contrastes por pares. En estos contrastes, recogidos en la Tabla 4.19., se observa significación estadística en los pares

de *Evaluación y Tratamiento*, sin tener en cuenta la corrección de Bonferroni, en el *Discriminativo de cumplimiento de dificultad en pasado*. En el caso del *Discriminativo de cumplimiento de ejecución en pasado*, además de haber diferencia estadísticamente significativa en este mismo par, se obtuvo también una diferencia estadísticamente significativa en el par de *Explicación y Tratamiento*.

**Figura 4.6.** Evolución de los tipos de discriminativos de cumplimiento a lo largo del proceso terapéutico.



**Tabla 4.18.** Prueba de Friedman para medidas repetidas de los *Discriminativos de cumplimiento de dificultad y de ejecución en pasado*.

	Dificultad	Ejecución
$\chi^2(3)$	7,883	20,250
$p$	0,048*	0,000*

\* Significativo tomando en consideración  $\alpha=0,05$

**Tabla 4.19.** Prueba de Wilcoxon entre las fases de la intervención para el *Discriminativo de cumplimiento de dificultad y de ejecución en pasado*.

<i>Discriminativo de cumplimiento de dificultad en pasado</i>						
	Ev-Ex	Ev-Tr	Ev-Seg	Ex-Tr	Ex-Seg	Tr-Seg
$z$	-1,219	-2,430	-0,841	-0,471	-0,674	-1,586
$p$	0,223	0,015*	0,400	0,638	0,500	0,113
<i>Discriminativo de cumplimiento de ejecución en pasado</i>						
$z$	0,000	-3,464	-1,787	-3,110	-1,761	-1,562
$p$	1,000	0,001**	0,074	0,002**	0,078	0,118

Ev=Fase de evaluación; Ex=Fase de explicación; Tr= Fase de tratamiento; Seg=Fase de Seguimiento

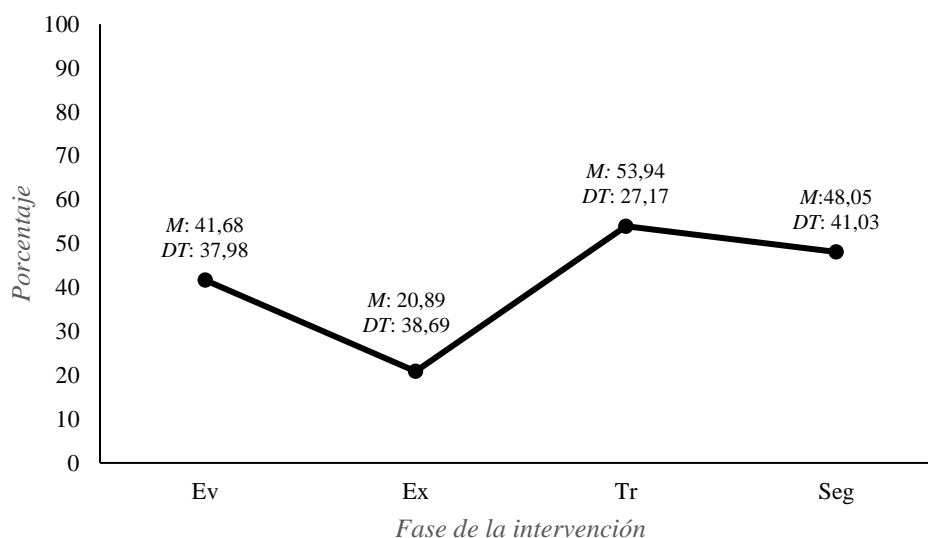
\* Significativo tomando en consideración  $\alpha=0,05$

\*\*Significativo tomando en consideración  $\alpha=0,008$  al aplicar la corrección de Bonferroni

Los resultados de la parte de revisión del cumplimiento de las tareas terapéuticas nos permiten rechazar la Hipótesis 3.a., ya que los porcentajes de los discriminativos son estables (en el caso de los *Discriminativos de cumplimiento específico o inespecífico*) o, en aquellos casos en los que hay variaciones (*Discriminativos de cumplimiento de dificultad y ejecución en pasado*), éstas se muestran en un sentido diferente a lo esperado.

Finalmente, para contrastar la Hipótesis 3.b. se procedió a obtener los estadísticos descriptivos de la variable *Refuerzo*, que se muestran en la Figura 4.7. Estos resultados muestran que, aunque el porcentaje de *Refuerzo* disminuye desde la primera fase de la intervención hacia la fase de *Explicación*, vuelve a aumentar en la fase de *Tratamiento*, donde alcanza su mayor porcentaje. Hacia el final de la intervención, el porcentaje de *Refuerzo* vuelve a disminuir levemente. Estas diferencias entre las partes de la intervención son significativas a nivel estadístico según la prueba de Friedman, ya que se da un valor de  $\chi^2(3)=7,927$  ( $p=0,048$ ). No obstante, al analizar los contrastes por pares resumidos en la Tabla 4.20., únicamente se encontró significación estadística en el par de *Evaluación y Explicación*, sin tener en cuenta la corrección de de Bonferroni. Por lo tanto, los resultados obtenidos nos permiten rechazar la última hipótesis planteada.

**Figura 4.7.** Evolución del *Refuerzo* a lo largo del proceso terapéutico.



**Tabla 4.20.** Prueba de Wilcoxon entre las fases de la intervención para el *Refuerzo*

	Ev-Ex	Ev-Tr	Ev-Seg	Ex-Tr	Ex-Seg	Tr-Seg
<i>z</i>	-2,032	-0,765	-0,467	-1,761	-1,783	-0,644
<i>p</i>	0,042*	0,445	0,640	0,078	0,075	0,520

Ev=Fase de evaluación; Ex=Fase de explicación; Tr= Fase de tratamiento; Seg=Fase de Seguimiento

\* Significativo tomando en consideración  $\alpha=0,05$

#### 4. DISCUSIÓN

En este primer estudio se han conseguido los objetivos propuestos, ya que se ha analizado cómo se distribuyen los *Bloques de instrucciones* emitidos por el terapeuta en las distintas fases del proceso terapéutico, además de haber analizado cómo los terapeutas van cambiando la forma de instruir las tareas terapéuticas y de revisar el cumplimiento por el cliente. A continuación, se ofrecerá un resumen de los resultados y nuestra interpretación de los mismos según cada hipótesis planteada.

Tal y como se hipotetizó (hipótesis 1), los bloques de instrucciones son más frecuentes durante la fase de *Tratamiento* que durante las otras tres fases. De hecho, el porcentaje tiende a aumentar hasta esta fase y a disminuir hacia el final de la intervención. Sin embargo, se observa que la tarea de instruir no deja de estar presente en el quehacer de los terapeutas durante toda la intervención. Este resultado es congruente con trabajos previos de nuestro equipo en los que se encontró que los terapeutas van emitiendo instrucciones a lo largo de todo el proceso terapéutico, mostrando, en última instancia, que los terapeutas consideran importante instruir en distintos momentos del tratamiento; por tanto, las tareas llevadas a cabo por el psicólogo durante las sesiones clínicas son flexibles y responden al desarrollo de la interacción verbal funcional entre el terapeuta y el cliente (Froján y Ruiz, 2013; Ruiz, 2011; Ruiz et al., 2013)

No obstante, en nuestra división de las sesiones según las fases cronológicas de la intervención parece esperable encontrar que, tras la explicación del análisis funcional, que tiene lugar después de la evaluación del problema del cliente, comenzará una fase en la que el terapeuta entrene al cliente de forma sistemática en nuevas respuestas. Desde nuestra visión, podría existir un cierto paralelismo entre este proceso y el que frecuentemente se encuentra en los experimentos sobre aprendizaje a través instrucciones en laboratorios donde, tras una línea base – fases de *Evaluación* y *Explicación* en los tratamientos psicológicos –, existe una fase de entrenamiento intensivo – fase de

*Tratamiento* – y, finalmente, una fase de prueba – fase de *Seguimiento* – que permite establecer si la respuesta se ha adquirido adecuadamente.

La evolución de los bloques de instrucciones *Formales* (hipótesis 2.a.) nos indica que durante la fase de *Evaluación* los terapeutas suelen combinar formas de instruir *Formales* con *No formales*, mientras que, en la fase de *Evaluación* y *Tratamiento*, los bloques predominantes son los *Formales*, y en la fase de *Seguimiento* *No Formales*. Interpretamos que durante la fase de *Evaluación* esta combinación de instrucciones más laxas con instrucciones *directivas* puede ser debida a que el terapeuta, al no tener aún una formulación del análisis funcional del caso, instruye tareas basadas en recomendaciones generales pero a la vez, dado que se encuentra en la fase de *Evaluación*, también puede estar instruyendo de forma más precisa y concreta, en la realización de tareas para la evaluación del problema – autorregistros, cuestionarios, etc. – que le facilitará la formulación del análisis funcional. Además de esto, otra posible explicación de estos resultados es que los terapeutas puedan estar estableciendo una línea base del cumplimiento de las tareas terapéuticas durante la fase de *Evaluación* para analizar el cumplimiento del cliente y llevar a cabo las posibles modificaciones de cara a la fase de *Tratamiento*, donde instruyen de forma más directiva mediante el uso de bloques mayoritariamente *Formales*. Esta interpretación puede ser relacionada con los estudios que hablan de la importancia de la historia de seguimiento de instrucciones como moduladora del seguimiento actual (Hojo, 2002; Martínez et al., 2007; Martínez y Ribes, 1996; Ortiz et al., 2007; Ribes y Martínez, 1990; Weiner, 1964), en cuanto a que es probable que los terapeutas estén intentando crear, en las primeras fases, una historia de seguimiento de instrucciones adecuada para que sea favorable para el cumplimiento futuro de las tareas durante la fase de *Tratamiento*.

Ante el cambio de los bloques a *No formales* hacia el final de la intervención nos planteamos dos posibles explicaciones: que tras las fases de *Explicación* y *Tratamiento* los terapeutas ya no necesitan ser tan precisos, dado que, como consecuencia de los cambios de comportamiento puestos en marcha, dentro y fuera de sesión, a partir de la interacción verbal en consulta, los clientes ya experimentan las contingencias naturales de la práctica de ciertas respuestas y el terapeuta sólo necesita sugerir – aunque sea de forma laxa – la puesta en práctica para que estas respuestas tengan lugar; y, por otro lado, que el terapeuta utiliza formas de instruir menos precisas para sugerir al cliente la práctica de las nuevas respuestas en nuevos contextos con el fin de que el cliente generalice los aprendizajes.

De este modo, los terapeutas pasan de emitir bloques de instrucciones *Formales* como, por ejemplo, “cuando empieces anticipar que lo vas a hacer mal, detente y pon en práctica la parada de pensamiento tal y como la hemos practicado” a bloques de instrucciones *No formales* como, por ejemplo, “te sugiero que practiques la parada de pensamiento no sólo en las situaciones que hemos visto, sino en otras situaciones en las que te agobies”.

Esta disminución hacia la fase de *Seguimiento* también se encontró en el caso de las instrucciones *Con instrucción por escrito* y *Con práctica dentro de sesión*. Interpretamos este resultado como el efecto del aprendizaje de las nuevas conductas por parte del cliente. A principio de la intervención es probable que los clientes requieran un apoyo tangible para realizar las nuevas respuestas instruidas por el terapeuta, ya que muchas veces éstas suponen un cambio en un el estilo de vida automatizado. No obstante, es posible que a medida que avanza el tratamiento y tras el entrenamiento continuo en tales respuestas, éstas se automaticen y, por lo tanto, no requieren ser recordadas a través de notas. Por su lado, en la *práctica dentro de sesión* hipotetizamos que ocurre un proceso similar, en el que los clientes incorporan las respuestas instruidos en el repertorio y, por lo tanto, los terapeutas dejan de practicarlas dentro de sesión.

Desde nuestra perspectiva, consideramos que la disminución de instrucciones *Formales*, *Con instrucción por escrito* y *Con práctica dentro de sesión* puede ser interpretada como una disminución en la concreción de la conducta instruida a lo largo del proceso terapéutico, y, por lo tanto, en la precisión de la instrucción. Una hipótesis que planteamos es que, en sesiones más avanzadas del tratamiento, fruto de la interacción verbal, son las contingencias las que mantiene las respuestas del cliente, en lugar de ser las instrucciones emitidas por el terapeuta las que discriminan. Este resultado, podría tener relación con algunos resultados del campo experimental donde se encontró que la precisión de las instrucciones es un elemento importante al principio del aprendizaje para adquirir la respuesta y ponerla en contacto con las contingencias (Cronin et al., 2015; Hayes et al., 1986; Kaufman et al., 1966; Lippman y Meyer, 1967; Mazzullo et al., 1974; Morrison y Wized, 1989; Weiner, 1970), pero que precisa de las contingencias para mantenerla (Ayllon y Azrin, 1964; Baron y Galizio, 1983; Cerutti, 1994; Galizio, 1979; Hojo, 2002; Martínez y Ribes, 1996; Martínez et al., 2007; Martínez y Tamayo, 2005; Okouchi, 1999; Ortiz et al., 2007; 2008; Podlesnik y Chase, 2006).

Por lo tanto, siguiendo esta idea, mientras las instrucciones y su forma son importantes al principio del proceso de aprendizaje, no lo son tanto cuando la respuesta

se ha adquirido, donde la importancia reside en el refuerzo de la misma. Por ejemplo, pongamos un cliente con obsesiones sobre contaminación de enfermedades al que un terapeuta instruye: “esta semana quiero que te expongas a tocar las barras del metro como practicaremos ahora en sesión”, pero además de ello, para hacer más específica la instrucción le proporciona la tarea por escrito y lleva a cabo exposiciones controladas dentro de sesión. En las primeras sesiones es probable que la instrucción sea la que ejerza un papel de control sobre la conducta del cliente, dando lugar a que éste cumpla con la tarea. Sin embargo, también es probable que en sesiones posteriores sean las contingencias – refuerzo del terapeuta, autorrefuerzos, etc. – las que mantengan la respuesta de cumplimiento y, por lo tanto, el terapeuta puede ser menos preciso instruyéndola, por ejemplo, diciendo: “recuerda, las exposiciones”.

Sin embargo, la evolución de los *Bloques de instrucciones con Situación específica y con Ejemplificación* siguen un patrón diferente, en contra de lo esperado, ya que éstos se mantienen estables a lo largo de toda la intervención. Una hipótesis plausible es que, dado que los terapeutas suelen instruir nuevas tareas en cada sesión, es probable que la primera vez que instruyen una nueva tarea lo hagan mediante el uso de *Situación Específica y Ejemplificación*, algo que quizá no es necesario cuando vuelven a instruir la misma tarea en sesiones posteriores.

Interpretamos que esta forma de proceder responde al objetivo del terapeuta de que el cliente no limite su respuesta a la situación especificada o al ejemplo, sino que la generalice a otros contextos. Por ejemplo, si un terapeuta en las primeras fases de la intervención instruye siempre especificando la situación, “cuando te sientas nervioso en el trabajo, detente y pon en práctica la respiración abdominal”, es probable que, al instruir sin especificar la situación en sesiones avanzadas del tratamiento, por ejemplo “practica la respiración abdominal”, dificulte la generalización a otros contextos. Sin embargo, la combinación simultánea de *Bloques de instrucciones con/sin Situación específica y con/sin Ejemplificación* podría favorecerla. Esta idea, además, podría tener relación con los resultados de algunos estudios experimentales en los que se encontró que el seguimiento de instrucciones en un determinado contexto puede generar dependencia a tal contexto (Braem, Liefoghe, Houwer, Brass y Abrahamse, 2017) y, por lo tanto, dificultar la sensibilidad de esta respuesta ante otros contextos diferentes al entrenado.

En los resultados sobre la evolución del uso de discriminativos a la hora de instruir (hipótesis 2.b.) destacamos la existencia de diferencias significativas entre fases en los

*Discriminativos de comprensión y de ejecución en presente o futuro*; no obstante, únicamente en el caso del segundo se encontraron diferencias significativas en el estudio por pares. Concretamente, se obtuvo un aumento desde la fase de *Evaluación* hacia la fase de *Tratamiento*, y una disminución desde esta última fase hacia la fase de *Seguimiento*. Interpretamos que este resultado podría representar el interés del terapeuta durante la fase de *Tratamiento* por evaluar la forma en la que el cliente va a ejecutar la tarea instruida con el fin de evitar posibles errores y asegurar la consecución de su objetivo; un interés que parece no manifestarse hacia final de tratamiento, donde el cliente quizá ya ha adquirido la respuesta instruida de forma adecuada. Así, por ejemplo, durante la fase de *Tratamiento* un terapeuta puede instruir a un cliente que llame a una chica para pedirle una cita y tras instruir en ello puede utilizar como *Discriminativo de ejecución en presente o futuro*: “A ver, cuéntame, ¿cómo se lo le pedirás?”. Sin embargo, hacia final de tratamiento esta conducta podría no ser necesaria, dado que, como es de esperar, el cliente habrá adquirido esa respuesta de forma adecuada como resultado de la intervención.

Por otro lado, aunque tanto en el uso de discriminativos totales como en el resto de discriminativos específicos (*de opinión, de dificultad presente o futuro, de viabilidad y de comprensión*) no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, se observan variaciones descriptivas durante el proceso terapéutico que merecen atención debido a la relevancia para el campo clínico. La tendencia general en los discriminativos muestra un aumento en su porcentaje de emisión, a excepción del *Discriminativo de comprensión*, hacia la fase de *Explicación*, donde obtienen su valor máximo, pero disminuyen hacia la fase de *Tratamiento* y hacia la fase de *Seguimiento*. En definitiva, bajo una visión general se observa que todos ellos muestran una tendencia decreciente hacia el final de la intervención.

Aunque debemos ser prudentes en la interpretación de estos resultados, consideramos que ésta podría ir en la misma dirección de la realizada sobre las diferencias entre fases en el *Discriminativo de ejecución en presente o futuro*. Esto es, un interés de los terapeutas en evaluar, durante las primeras fases de la intervención, diferentes factores que pueden influir en el cumplimiento de las tareas terapéuticas – la anticipación de dificultades por el cliente para la puesta en práctica de las tareas, la comprensión de éste de las tareas, etc. – con el fin de modificarlas. Sin embargo, cuando el tratamiento avanza, esta conducta disminuye, probablemente debido a que el cliente ya ha aprendido la



conducta instruida. Siguiendo esta idea, por tanto, resultaría lógico que el terapeuta, al inicio de la aplicación de la técnica de exposición con prevención de respuesta, evaluara las posibles dificultades que puedan surgirle al cliente en sus tareas sobre la técnica, sin embargo, una vez que el cliente ha aprendido el procedimiento y se expone frecuentemente a los estímulos fóbicos, tal conducta no parecería necesaria.

Además, este mayoritario uso de discriminativos durante el desarrollo del tratamiento va en la línea de las recomendaciones de algunos autores sobre la importancia de una actitud colaboradora del cliente en el diseño de las tareas, inducida por preguntas del terapeuta – discriminativos – en las que evalúe: la visión del cliente sobre las tareas – *Discriminativo de opinión* –, su comprensión – *Discriminativo de comprensión* –, se anticipen dificultades – *Discriminativo de dificultad y de ejecución en presente o futuro* –, e incluso dé la oportunidad al cliente de participar en la elección de las tareas – *Discriminativo de viabilidad* – (Cronin et al., 2005; Freeman y Rosenfield, 2002; Kazantzis y Deane, 1999; Kazantzis y Lampropoulos, 2002).

La forma de revisar el cumplimiento de las tareas muestra un patrón diferente a lo largo de la intervención que la forma de instruir (hipótesis 3.a.). En contra de lo esperado, se encontró una estabilidad a lo largo del tratamiento en los *Discriminativos de cumplimiento específico e inespecífico*, lo que indica que los terapeutas mantienen una misma forma de evaluar el cumplimiento. Además de ello, el uso de *Discriminativo de cumplimiento específico* parece ser la forma predominante de evaluarlo. Interpretamos de este resultado que el terapeuta se muestra directivo y sistemático a la hora de evaluar el cumplimiento de las tareas, haciéndolo por tareas concretas, por ejemplo: “¿has hecho las tareas de exposición” y no de forma general, por ejemplo: “¿hiciste las tareas? Además, aunque no sea significativa a nivel estadístico, debe ser destacada la disminución del *Discriminativo de cumplimiento inespecífico* desde la fase de *Tratamiento* a la fase de *Consolidación*. Un resultado interesante desde el punto de vista clínico y que podríamos interpretar interpretar como un intento del terapeuta de ser aún menos general en la evaluación del cumplimiento antes del alta terapéutica, con el fin de asegurarse de la adquisición de respuestas concretas entrenadas durante la intervención.

La estabilidad encontrada en los discriminativos de cumplimiento previamente analizados se encontró, en contra de lo hipotetizado, en el caso de los *Discriminativos de cumplimiento de ejecución y de dificultad en pasado*, pero únicamente desde la fase *Tratamiento* hacia el final de la intervención. Estos resultados podrían ser interpretados

en la misma dirección que los resultados de los discriminativos anteriores, una forma directiva de evaluar el cumplimiento terapéutico con la que el terapeuta se muestra interesado por evaluar las dificultades surgidas durante la práctica de la tarea instruida y la forma en la que el cliente la ha llevado a cabo, durante las fases en que tiene lugar el desarrollo de la intervención y probablemente con el interés de modificar posibles problemas surgidos para favorecer el cumplimiento futuro.

Sin embargo, un resultado diferente encontrado en estos últimos discriminativos de cumplimiento en comparación con los anteriores es su aumento estadísticamente significativo desde la fase de *Evaluación*, donde encontramos valores mínimos, hacia la fase de *Tratamiento* para ambos discriminativos y también desde la fase de *Explicación* hacia la fase de *Tratamiento* para el *Discriminativo de ejecución*. Una explicación plausible a este resultado es que mientras los terapeutas evalúan el cumplimiento de las tareas durante todas las fases de la intervención, independientemente de su finalidad (evaluar el problema o tratar el mismo), únicamente evalúan las dificultades surgidas o la forma de proceder en aquellas tareas que configuran las técnicas de intervención y que, por lo tanto, se empiezan a instruir desde la fase de *Tratamiento*. Esto, además, puede ser debido a que estas tareas están basadas en nuevas respuestas de mayor complejidad y que, en última instancia, requieren una evaluación más precisa del terapeuta. En otras palabras, este resultado podría informar que mientras los terapeutas evalúan el *qué* durante todas las fases de la intervención, asociado a todas las tareas terapéuticas, la evaluación del *cómo* sólo tiene lugar durante las fases de desarrollo del tratamiento para aquellas tareas más complejas y que configuran el tratamiento.

La interpretación de estos resultados nos lleva a destacar la importancia de los discriminativos de cumplimiento para informar a los terapeutas sobre la puesta en práctica del cliente de las tareas instruidas, pero además porque las verbalizaciones del cliente sobre el cumplimiento podrían facilitar a éste establecer relaciones de contingencia entre estímulos y respuestas que favorezcan la futura aplicación de las conductas adquiridas. Esta idea se relaciona con los resultados de aquellos estudios experimentales en los que se menciona que el reporte verbal de los participantes sobre la tarea puede favorecer la ejecución posterior (Ortiz et al., 2006; Ortiz, 2010). En relación a esta idea, por lo tanto, los resultados obtenidos sobre la conducta del terapeuta en la evaluación del cumplimiento resultan interesantes desde el punto de vista clínico.

Finalmente, el uso de *Refuerzo* (hipótesis 3.b.) también muestra una tendencia estable en casi todas las fases del tratamiento y hacia el final del mismo, en contra de lo esperado. Desde nuestra perspectiva, interpretamos este resultado como un intento del terapeuta de mantener las respuestas adquiridas por el cliente, mediante el manejo de las contingencias asociadas al cumplimiento hasta que las contingencias naturales operen. Esta interpretación se basa en los resultados de algunas investigaciones del campo experimental que demuestran la importancia del refuerzo para mantener las respuestas adquiridas mediante instrucciones (Baron y Galizio, 1983; Cerutti, 1994; Galizio, 1979; Hojo, 2002; Martínez y Ribes, 1996; Martínez et al., 2007; Martínez y Tamayo, 2005; Okouchi, 1999; Ortiz et al., 2007; 2008; Podlesnik y Chase, 2006).

De este modo, por ejemplo, el terapeuta podría estar reforzando que un cliente cumpliera con la tarea de “salir con sus amigos los sábados por la noche” y lo mantuviera a lo largo del tratamiento, aunque el cliente manifestara que disfruta de esas salidas, con el fin de asegurarse de que tal disfrute es el que mantiene la respuesta. Esta idea, además se relaciona con el concepto de consecuencias colaterales (Cerutti, 1989) en el que se hace referencia a la doble contingencia que opera en las conductas adquiridas por instrucciones: una derivada del propio seguimiento de la instrucción – el refuerzo del terapeuta del cumplimiento – y otra derivada de las consecuencias colaterales de seguir la instrucción – pasárselo bien en una salida con los amigos un sábado por la noche –.

Este primer estudio ha proporcionado una visión descriptiva longitudinal del proceso de instruir-revisar el cumplimiento de las tareas a lo largo de la intervención psicológica, que, aunque posee algunas limitaciones que serán analizadas en el último capítulo, informa sobre la evolución de una de las tareas básicas del trabajo del psicólogo clínico. En general, estos resultados muestran que a lo largo del proceso terapéutico los clientes cada vez son menos instruidos por los terapeutas, y de forma menos precisa, mientras que la revisión del cumplimiento muestra una cierta estabilidad a lo largo del mismo. De forma ilustrativa, consideramos que este proceso podría ser similar al que tiene lugar en los experimentos de laboratorio, donde tras instruir a los participantes, se retiran las instrucciones para observar la respuesta; sin embargo, los contadores que evalúan la ejecución de los participantes permanecen activos durante todo el experimento. En el caso de los tratamientos psicológicos interpretamos que esta evolución podría responder también a un proceso de aprendizaje de nuevas respuestas por el cliente, sin

embargo, para mantener dicha hipótesis necesitamos estudios que incorporen tanto la conducta del terapeuta, como la conducta del cliente, es decir, la interacción entre éstos.

## CAPÍTULO 5

# Estudio empírico II: Estudio de la interacción verbal durante la emisión de instrucciones y la evaluación del cumplimiento

### 1. INTRODUCCIÓN

La literatura científica en psicología clínica a menudo hace referencia a la importancia de la interacción verbal entre el terapeuta y el cliente cuando se instruyen las tareas terapéuticas y se revisa el cumplimiento del cliente para un adecuado desarrollo de los tratamientos psicológicos (Beutler et al., 1994; Bryant et al., 1999; Burns y Nolen-Hoeksema, 1992; Conoley et al., 1994; Detweiler y Whisman, 1999; Dunn et al., 2002; Edelman y Chambless, 1995; Person, 1989; Shelton y Levy, 1981; Whisman, 1993). Esta importancia revela, en última instancia, que existen algunas formas de instruir y revisar el cumplimiento que son más adecuadas que otras. Sin embargo, como se mencionó a lo largo del tercer capítulo, consideramos que la metodología empleada en tales trabajos

podría no ser la más apropiada para describir y operativizar la interacción verbal entre el terapeuta y el cliente durante estos momentos.

Por otro lado, otros estudios han analizado las características que tienen que tener las instrucciones proporcionadas por el terapeuta para fomentar el cumplimiento de éstas (Cronin et al., 2015). Aunque quizás no dudamos que puedan existir algunas formas de instruir más efectivas, en términos absolutos, que otras para el cumplimiento por parte del cliente, consideramos necesario que esta relación sea estudiada de forma empírica.

Por este motivo, en presente trabajo se plantea la necesidad de realizar estudios más exhaustivos que, por un lado, analicen la interacción verbal entre el terapeuta y el cliente durante los momentos en los que se instruyen tareas terapéuticas y se revisa el cumplimiento de las mismas y, por otro lado, que pongan en relación determinados comportamientos del terapeuta cuando instruye con el cumplimiento por parte del cliente. Todo ello tomando unas hipótesis como punto de partida que se plantean en base a una forma ideal de hacer terapia y que pretende, por consiguiente, responder a las siguientes preguntas: ¿cómo es la interacción verbal entre el terapeuta y el cliente durante los momentos en los que se instruyen y se revisan el cumplimiento de tareas terapéuticas?, ¿existe una relación entre cómo instruye las tareas terapéuticas el terapeuta y el cumplimiento por parte del cliente?

### **1.1. Objetivo e hipótesis.**

El objetivo de este estudio fue doble: por un lado, analizar las secuencias de interacción verbal entre el terapeuta y el cliente cuando el terapeuta instruye sobre determinadas tareas y cuando revisa su cumplimiento; y, en segundo lugar, estudiar si existe una relación entre cómo instruyen los terapeutas y el cumplimiento terapéutico del cliente.

Respecto al primer objetivo se plantearon las siguientes hipótesis:

1. Se espera encontrar que los bloques de instrucciones más frecuentes serán aquellos en los que antes y después de la instrucción el terapeuta introduce una *Operación de Establecimiento*. Y, además, dada esta secuencia, los clientes responderán con la categoría *Mostrar Aceptación*.
2. En la revisión de tareas instruidas las interacciones verbales más frecuentes serán:

- a. Los clientes emitirán verbalizaciones de *Seguimiento de instrucciones total o parcial* que serán precedidas de forma más probable por un *Discriminativo de cumplimiento específico o inespecífico*. Dada esta secuencia, la categoría de *Refuerzo* será la que con más probabilidad utilice el terapeuta.
- b. Los clientes emitirán verbalizaciones de *No Seguimiento de instrucciones* que serán precedida de forma más probable por un *Discriminativo de cumplimiento específico o inespecífico*. De darse esta secuencia, los terapeutas emitirán de forma más probable la categoría de *Castigo*.

En cuanto al segundo objetivo, se espera encontrar una relación entre la forma de instruir por parte del terapeuta y el *Seguimiento de instrucciones* de la siguiente forma:

3. Se espera encontrar un mayor porcentaje de *Seguimiento de instrucciones total* cuando los terapeutas utilizan bloques de instrucciones *Formales, Con situación específica, Con ejemplificación, Con instrucción por escrito y Con práctica dentro de sesión*.
4. El porcentaje de *Seguimiento de instrucciones total* será mayor en aquellas tareas en las que el terapeuta usa *Operación de Establecimiento* a la hora de instruir.
5. El porcentaje de *Seguimiento de instrucciones total* en los clientes será mayor cuando los terapeutas utilizan *Discriminativos de viabilidad, de opinión, de comprensión, de dificultad en presente o futuro o de ejecución en presente o futuro*.

## 2. MÉTODO

### 2.1. Participantes.

Para el presente estudio se utilizaron las mismas 211 grabaciones correspondientes a las sesiones clínicas de los 19 casos utilizados en el Estudio I y cuyas características fueron resumidas en la Tabla 4.1.

### 2.2. Variables e instrumentos.

- a. Variables referidas a la conducta verbal del terapeuta y del cliente:
  - Verbalizaciones del terapeuta referidas a las categorías que se recogen en el SISC-INTER-INSTR, al igual que en el Estudio I.

- Verbalizaciones del cliente recogidas en las categorías del SISC-INTER-INSTR que se recogen en la Tabla 5.1. y 5.2. En el caso de los *Bloques de instrucciones*, estas categorías se registraban fuera de éstos, a continuación de los mismos, pero en los *Bloques de revisión*, se registraban dentro de éstos.
- *Bloques de instrucciones* al igual que en el Estudio I.
- *Bloques de revisión* como en el Estudio I, pero, en este caso, además, el bloque fue categorizado de forma excluyente, según las verbalizaciones del cliente, como de *Seguimiento de instrucciones total, parcial o No seguimiento de instrucciones*. Para un análisis más detallado de los criterios de categorización se recomienda consultar el Anexo II.

b. Instrumentos:

- El SIST-CVT-C-INSTR, descrito en el anterior capítulo.
- El software *The Observer XT* versión 12 (Noldus ©) para las mismas funciones que en el Estudio I y, además, para exportar los datos a formato de texto (extensión .txt) para el primer objetivo de estudio.
- El software *ObsTxtSds* versión 3.0. (Bakeman y Quera, 1994) se utilizó también para este primer objetivo; para transformar los archivos de textos a lenguaje SDIS (*Sequential Interchange Standard* o *Norma para el intercambio de datos secuenciales*).
- El *Generalized Sequential Querier* (GSEQ versión 5.1.) (Bakeman y Quera, 1994) se utilizó para leer los archivos SDIS y realizar el análisis secuencial propiamente dicho del primer objetivo.



**Tabla 5.1.** Categorías del cliente en los bloques de instrucciones del SIST-INTER-INSTR.

---

<i><b>Bloques de instrucciones</b></i>
<b>Categorías concretas del cliente <u>no incluidas</u> en los <i>Bloques de instrucciones</i></b>
<i>Anticipación del seguimiento de instrucciones:</i> verbalizaciones del terapeuta en la que manifiesta de forma explícita la intención de realizar de la tarea que el terapeuta ha instruido.
<i>Anticipación del no seguimiento de instrucciones:</i> verbalizaciones del cliente en las que manifiesta la no realización de la tarea instruida.
<i>Mostrar aceptación:</i> verbalizaciones en las que el cliente muestra acuerdo con lo expuesto por el psicólogo en el bloque instruccional.
<i>Mostrar desacuerdo:</i> verbalizaciones del cliente en las que se muestra discordante con lo que el terapeuta está exponiendo en el bloque instruccional.
<i>Proporcionar información:</i> verbalizaciones en las que el cliente aporta información relevante en el discurso terapéutico en cuanto a la instruida por el terapeuta.

---

**Tabla 5.2.** Categorías del cliente en los bloques de revisión del SIST-INTER-INSTR.

---

<i><b>Bloques de revisión</b></i>
<i>Seguimiento de instrucciones total:</i> bloques de revisión en los que todas las verbalizaciones del cliente son de <i>Seguimiento de instrucciones total</i> .
<i>Seguimientos de instrucciones parcial:</i> bloques de revisión en los que alguna verbalización del cliente es de <i>Seguimiento de instrucciones parcial</i> o <i>No seguimiento de instrucciones</i> .
<i>No Seguimiento de instrucciones:</i> bloques de revisión en los que todas las verbalizaciones del cliente son de <i>No seguimiento de instrucciones</i> .
<b>Categorías concretas del cliente <u>incluidas</u> en los <i>Bloques de revisión</i></b>
<i>Seguimiento de instrucciones total:</i> verbalizaciones del cliente en las que manifiesta el seguimiento completo de la tarea instruida por el terapeuta.
<i>Seguimiento de instrucciones parcial:</i> verbalizaciones del cliente en las que manifiesta el seguimiento ocasional de la tarea instruida por el terapeuta.
<i>No seguimiento de instrucciones:</i> verbalizaciones del cliente en las que informa que no ha realizado la tarea instruida por el terapeuta.
<i>Verbalización de logro:</i> verbalizaciones del cliente en las que hace manifiesto logros terapéuticos conseguidos durante la terapia.
<i>Verbalización de fracaso:</i> verbalizaciones del cliente en las que expone la no consecución de un objetivo terapéutico o de una tarea determinada.
<i>Proporcionar información:</i> verbalizaciones en las que el cliente aporta información relevante en el discurso terapéutico en cuanto al cumplimiento de tarea.

---

### 2.3. Procedimiento.

El procedimiento seguido para el segundo estudio fue el mismo que en el anterior en los primeros pasos hasta la exportación de los datos para su posterior análisis (depuración del *SISC-INTER-INSTR*, registro de las sesiones y comparaciones regulares inter e intrajuez). Cuando se completó el registro de las sesiones, se procedió a realizar la exportación de los datos para cada uno de los objetivos del estudio. Para el primer objetivo, los registros en *The Observer XT* fueron exportados en formato de texto (extensión “.txt”). Estos archivos fueron procesados mediante el *ObsTxtSds* para ser convertidos en lenguaje SDIS, que permitió realizar los análisis secuenciales con el GSEQ versión 5.1.

Para la consecución del segundo objetivo, se volvió a los registros realizados mediante *The Observer XT* y se utilizaron para estudiar la relación entre la forma de instruir de los terapeutas y el cumplimiento terapéutico de las tareas instruidas. Para ello, se analizaron los bloques de instrucciones por tareas terapéuticas, que iban siendo introducidas en una base de datos elaborada con el *IBM SPSS Statistics* versión 22. En cada tarea terapéutica se señalaba de forma dicotómica (variable categórica) la existencia o ausencia de determinadas características o componentes de los bloques de instrucciones para analizar su efecto sobre el cumplimiento terapéutico. Por ejemplo, si el terapeuta instruía en practicar la respiración abdominal y especificaba la situación, se señalaba “Sí” en la existencia de la característica *Situación Específica* a la hora de instruir esa tarea.

Tras introducir en la base de datos cada tarea, se analizaron las verbalizaciones del cliente sobre su cumplimiento, en la sesión posterior. El cumplimiento se fue introduciendo también en la base de datos como *Seguimiento de instrucciones total, parcial o No seguimiento de instrucciones*, según el *Bloque de revisión*. De este modo, se obtuvo una base de datos en la que se disponía de cómo había sido instruida cada tarea terapéutica y el cumplimiento de éstas para ponerlas en relación mediante el tipo de análisis de datos correspondiente.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Objetivo 1. Análisis de las secuencias verbales durante la emisión de instrucciones y durante la revisión del cumplimiento (Hipótesis 1 y 2).

El análisis secuencial permite realizar cálculos de *probabilidad de transición* entre determinadas conductas. Esto es, permite establecer la probabilidad de que ocurra una Conducta B (Conducta condicionada), habiéndose dado otra Conducta A (Conducta dada). Las pruebas estadísticas de este tipo de análisis nos informan de la significación estadística encontrada entre las frecuencias esperadas y observadas y, dado que se trabaja con probabilidad, se pueden obtener los *residuos corregidos* ( $z$ ). Además, la obtención del estadístico *Q de Yule* nos permite conocer la fuerza de la asociación entre variables, por lo que se tratan de valores comprendidos entre -1 y +1 (Bakeman y Quera, 1994).

De este modo, para contrastar la primera hipótesis se presentan en la Tabla 5.3. los resultados de la prueba *Q de Yule* y los residuos corregidos para analizar la probabilidad de emisión de cada categoría de forma previa y posterior a una instrucción dentro del *Bloque de instrucción* (Retardo -1 y +1). En sombreado gris se destacan las dos categorías de mayor probabilidad de ocurrencia. Como puede observarse, los *Bloques de instrucciones* suelen comenzar con una instrucción, ya que no se encontró ninguna de las categorías estudiadas previamente a la instrucción, sino el propio inicio del bloque (B. I.). Seguidamente a esto, la *Operación de establecimiento* suele ser la categoría que más frecuentemente precede a la instrucción.

En cuanto a las categorías que de forma más frecuente siguen a la instrucción (Retardo + 1), la *Operación de Establecimiento* y el *Discriminativo de ejecución* son las categorías con más probabilidad de emisión. Tras estas categorías, los *Discriminativos de opinión, de comprensión y de dificultad*, se sitúan como las verbalizaciones más probables. Referente a las categorías del cliente asociadas a la secuencia verbal del terapeuta en el *Bloque de instrucciones*, en la Tabla 5.4. se observa que la categoría *Mostrar Aceptación* es la que con más frecuencia emitirá el cliente tras la secuencia esperada, aunque el valor obtenido en la prueba *Q de Yule* es inferior a 0,5.

Los resultados obtenidos hasta ahora en el presente apartado nos permiten confirmar parcialmente la Hipótesis 1 del presente estudio, ya que, aunque la *Operación de establecimiento* es la categoría que los terapeutas emiten de forma más frecuente tras

la instrucción, no es la más frecuente antes de ésta, tal y como se esperaba. El contraste de esta hipótesis se presenta gráficamente en la Figura 5.1.

**Tabla 5.3.** Verbalizaciones del terapeuta con una relación de contingencia significativa con las instrucciones dentro de los *Bloques de instrucciones*.

Retardo	B. I.	O. E.	D. Com.	D. Dif.	D. Opi.	D. Via.	D. Eje.
-1	$Q=0,90^*$ $R=54,84^*$	$Q=0,77^*$ $R=38,40^*$	$Q=-0,03$ $R=-0,15$	$Q=0,31$ $R=1,04$	$Q=0,25$ $R=1,92$	$Q=0,48^*$ $R=-3,73^*$	$Q=0,48^*$ $R=2,78^*$
+1	$Q=0,35^*$ $R=12,80^*$	$Q=0,86^*$ $R=48,39^*$	$Q=0,62^*$ $R=5,30^*$	$Q=0,61^*$ $R=2,54^*$	$Q=0,63^*$ $R=6,28^*$	$Q=0,39^*$ $R=2,83^*$	$Q=0,84^*$ $R=6,64^*$

$Q$ = Q de Yule;  $R$ =residuos estandarizados; B. I.=Inicio/Fin Bloque de instrucción; OE=Operación de Establecimiento; D. Com.=Discriminativo de Comprensión. D. Dif=Discriminativo de Dificultad; D. Opi.=Discriminativo de Opinión; D. Via.=Discriminativo de Viabilidad; D.Eje.=Discriminativo de Ejecución

\*Contingencias significativas

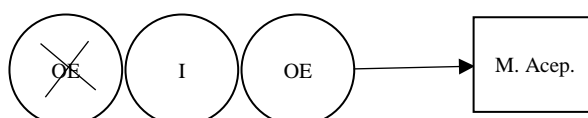
**Tabla 5.4.** Verbalizaciones del cliente con una relación de contingencia significativa con los *Bloques de instrucciones*

Retardo	Sol. Inf.	Pro. Inf.	Ant. Seg.	Mos. Ace.
+1	$Q=0,20$ $R=0,33$	$Q=-0,57$ $R=-6,86$	$Q=0,25$ $R=1,12$	$Q=0,20^*$ $R=3,19^*$

$Q$ = Q de Yule;  $R$ =residuos estandarizados; Sol. Inf.=Solicitar Información; Pro. Inf.=Proporcionar Información; Ant. Seg.=Anticipación de Seguimiento; Mos. Ace.=Mostrar Aceptación

\*Contingencias significativas

**Figura 5.1.** Diagrama de transición para los *Bloques de instrucciones*.



OE=Operación de Establecimiento; I=Instrucción; M.Acep.= Mostrar Aceptación

Para analizar las secuencias durante la revisión del cumplimiento de las tareas terapéuticas (Hipótesis 2), se presentan en la Tabla 5.5. las categorías más frecuentemente asociadas antes y después (Retardo -1 y +1) de las verbalizaciones de *Seguimiento de instrucciones total, parcial y No seguimiento de instrucciones*. Como se observa en los resultados, el *Discriminativo de cumplimiento específico e inespecífico* son las categorías que con más probabilidad emitirán los terapeutas de forma previa a estas verbalizaciones del cliente (Retardo -1).

En cuanto a las categorías posteriores (Retardo + 1) se obtuvo que el *Refuerzo*, seguido del *Discriminativo de cumplimiento de dificultad* y el *Discriminativo de*

*cumplimiento de ejecución* son, por este orden, las categorías que con más probabilidad emitan los terapeutas tras la categoría *Seguimiento de instrucciones total*. En cambio, tras las categorías de *Seguimiento de instrucciones parcial* o de *No seguimiento de instrucciones* los terapeutas no seguirán revisando el cumplimiento de la tarea terapéutica, por lo que el *Bloque de revisión* finalizará como opción más probable. De forma adicional, en el caso del *Seguimiento de instrucciones parcial*, el *Refuerzo*, *Discriminativo de cumplimiento de ejecución* y el *Castigo* son, en ese orden, las siguientes categorías con más probabilidad de emisión por los terapeutas tras la verbalización del cliente. En el caso del *No seguimiento de instrucciones*, el *Castigo* es la siguiente categoría más frecuentemente asociada tras la verbalización del cliente.

**Tabla 5.5.** Verbalizaciones del terapeuta con una relación de contingencia significativa con las verbalizaciones del cliente en los *Bloques de revisión*.

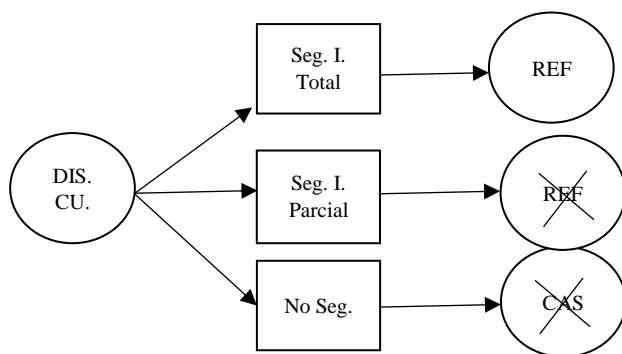
	Retardo	B. R.	D. Cum. Esp.	D. Cum. Ine.	D. Cum. Dif.	D. Cum. Eje.	Ref.	Cas.
T	-1	$Q=0,56^*$ R=14,12*	$Q=0,97^*$ R=60,61*	$Q=0,98^*$ R=32,08*	$Q=-1$ R=-2,65	$Q=-1$ R=-3,12	$Q=0,25^*$ R=3,53*	$Q=-1$ R=-0,67
	+1	$Q=-0,95$ R=-8,37	$Q=0,29^*$ R=4,89*	$Q=-0,16$ R=-0,85	$Q=0,90^*$ R=16,91*	$Q=0,78^*$ R=12,16*	$Q=0,95^*$ R=48,75*	$Q=-1$ R=-0,67
P	-1	$Q=0,47^*$ R=3,77*	$Q=0,95^*$ R=24,94*	$Q=0,52^*$ R=2,04*	$Q=-1$ R=-0,82	$Q=-1$ R=-0,96	$Q=0,02$ R=0,10	$Q=-1$ R=-0,21
	+1	$Q=0,93^*$ R=6,26*	$Q=0,45^*$ R=3,35*	$Q=0,01$ R=0,02	$Q=0,21$ R=0,43	$Q=0,65^*$ R=3,30*	$Q=0,69^*$ R=6,96*	$Q=0,64^*$ R=4,67*
N	-1	$Q=0,09$ R=0,60	$Q=0,97^*$ R=36,00*	$Q=0,69^*$ R=5,02*	$Q=-1$ R=-1,06	$Q=-0,21$ R=-0,42	$Q=-0,74$ R=-2,19	$Q=-1$ R=-0,27
	+1	$Q=0,99^*$ R=14,80*	$Q=0,33^*$ R=2,68*	$Q=-0,25$ R=-0,51	$Q=0,05$ R=-0,10	$Q=0,14$ R=0,40	$Q=-0,24$ R=-0,97	$Q=0,74^*$ R=11,66*

$Q$ =  $Q$  de Yule;  $R$ =residuos estandarizados; B. R.=Inicio/Fin Bloque de revisión; D. Cum. Esp.=Discriminativo de Cumplimiento Específico; D. Cum. Ine.= Discriminativo de Cumplimiento Inespecífico; D. Cum. Dif.=Discriminativo de Dificultad en pasado; D. Cum. Eje.=Discriminativo de Ejecución en pasado; Ref.=Refuerzo; Cas.=Castigo; T=Seguimiento de instrucciones total; P=Seguimiento de instrucciones parcial; N=No seguimiento de instrucciones.

\*Contingencias significativas

Los resultados obtenidos en este apartado nos permiten confirmar parcialmente las Hipótesis 2.a. y 2.b., ya que se encontró que de forma contingente a las categorías *Seguimiento de instrucciones parcial* y *No seguimiento de instrucciones* del cliente, el *Bloque de revisión* finaliza, en lugar de ser las categorías *Refuerzo* y *Castigo*, respectivamente, las que más frecuente emitan los terapeutas, tal y como se hipotetizaba. En la figura 5.2. se muestra gráficamente el contraste de las hipótesis planteadas.

**Figura 5.2.** Diagrama de transición para los *Bloques de revisión*.



DIS. CU.=Discriminativo de cumplimiento específico/inespecífico; Seg. I. Total=Seguimiento de instrucciones total; Seg. I. Parcial=Seguimiento de instrucciones parcial; No Seg.=No Seguimiento de instrucciones; REF=Refuerzo; CAS=Castigo

### 3.2. Objetivo 2. Análisis del cumplimiento terapéutico asociado a la forma de instruir (Hipótesis 3, 4 y 5).

Para el segundo estudio, al tratarse de variables categóricas, se realizaron tablas de contingencias para la prueba de independencia mediante la obtención de la prueba Chi-cuadrado. Esta prueba nos permite establecer si las variables de estudio son independientes o, por el contrario, existe alguna relación entre ellas. Además de utilizar este estadístico, se obtuvieron los residuos corregidos para analizar entre qué variables concretas se encuentran las relaciones significativas cuando la prueba de independencia mostraba un valor significativo a nivel estadístico.

Así, para contrastar la primera parte de la Hipótesis 3, la Tabla 5.6. muestra la tabla de contingencia para la prueba de independencia para analizar la relación entre el tipo de instrucción y el tipo de seguimiento. El resultado de la prueba Chi-cuadrado muestra significación estadística, informándonos de que las variables no son independientes entre sí. Concretamente, los residuos corregidos informan que cuando los terapeutas utilizan instrucciones *Formales* el seguimiento de instrucciones total aumenta y en cambio, cuando utilizan instrucciones *No formales*, el No seguimiento de instrucciones es superior.

**Tabla 5.6.** Tabla de contingencia para la prueba de independencia entre el tipo de bloque de instrucción y el tipo de seguimiento

		Tipo de seguimiento			
		Total	Parcial	No Seguimiento	
Tipo de bloque	Instrucción formal	332 (75,6%) 5,3*	64 (15,0%) 0,6	40 (9,4%) -7,5*	426
	Instrucción no formal	29 (43,9%) -5,3*	8 (12,1%) -0,6	29 (43,9%) 7,5*	66

$\chi^2(2)=56,992$   $p<0,001$  \*Residuos corregidos significativos ( $< -1,96$ ;  $>1,96$ )

En cuanto al uso de *Situación específica*, *Ejemplificación*, *Instrucción por escrito* y *Práctica dentro de sesión* a la hora de instruir en tareas terapéuticas, en las Tablas 5.7. se presentan las tablas de contingencias para las pruebas de independencia entre su uso a la hora de instruir las tareas terapéuticas y el tipo de seguimiento de instrucciones. La prueba de independencia muestra únicamente que existe una relación significativa entre el uso de *Situación específica* y *Ejemplificación* y el tipo de seguimiento y un valor próximo a la significación en el caso del uso de *Práctica dentro sesión*.

**Tabla 5.7.** Tablas de contingencia para la prueba de independencia entre los tipos de bloques de instrucciones y el tipo de seguimiento

		Tipo de seguimiento			
		Total	Parcial	No Seguimiento	
Tipo de bloque	Con situación específica	133 (69,6%) -0,7	37 (19,4%) 2,4*	21 (11,0%) -1,5	191
	Sin situación específica	218 (72,4%) 0,7	35 (11,6%) -2,4*	48 (15,9%) 1,5	301
	Con ejemplificación	99 (75,6%) 1,3	26 (19,8%) 2,0*	6 (4,6%) -3,6*	131
	Sin ejemplificación	252 (69,8%) -1,3	46 (12,7%) -2,0*	63 (17,5%) 3,6*	361
	Con instrucción por escrito	131 (73,2%) 0,7	28 (15,6%) 0,5	20 (11,2%) -1,4	179
	Sin instrucción por escrito	220 (70,3%) -0,7	44 (14,4%) -0,5	49 (15,7%) 1,4	313
	Con práctica dentro de sesión	20 (83,3%) 1,3	4 (16,7%) 0,3	0 (0,0%) -2,0*	24
	Sin práctica dentro de sesión	331 (70,7%) -1,3	68 (14,5%) -0,3	69 (14,7%) 2,0*	468

\* Residuos corregidos significativos ( $< -1,96$ ;  $>1,96$ )

Concretamente, en los residuos corregidos se observa que cuando los terapeutas instruyen utilizando *Situación específica y Ejemplificación*, el seguimiento de instrucciones parcial es mayor y que cuando no utilizan *Ejemplificación*, el No seguimiento de instrucciones es mayor. En el caso del uso de *Práctica dentro de sesión*, la tendencia a la significación parece centrarse, según los residuos corregidos, en el No seguimiento de instrucciones, dejando de relieve una tendencia al No seguimiento de instrucciones por parte del cliente cuando los terapeutas no practican la tarea instruida dentro de sesión. Por lo tanto, los resultados obtenidos nos permiten confirmar de forma parcial la Hipótesis 3, ya que únicamente en el caso de los bloques de instrucciones *Formales* se cumple totalmente la hipótesis planteada o, en el caso de los bloques *Con ejemplificación*, para el *No seguimiento de instrucciones*.

Referente al uso de *Operación de establecimiento* en los bloques de instrucciones (Hipótesis 4), la prueba Chi-cuadrado mostrada en la Tabla 5.8. permite establecer que existe una relación entre el uso de estas verbalizaciones y el tipo de seguimiento de instrucciones. De forma específica, los residuos corregidos nos informan que el Seguimiento de instrucciones parcial es mayor cuando los terapeutas instruyen tareas utilizando *Operaciones de establecimiento* y, de forma contraria, el No seguimiento de instrucciones aumenta cuando no se utilizan estas verbalizaciones. Ello nos permite mantener parcialmente la hipótesis 4 planteada, dado que únicamente el No seguimiento de instrucciones está relacionado con el uso de esta categoría.

**Tabla 5.8.** Tabla de contingencia para la prueba de independencia entre el uso de *Operación de Establecimiento* y el tipo de seguimiento

		Tipo de seguimiento			
		Total	Parcial	No Seguimiento	
Bloque	Con OE	235 (70,1%) -0,9	60 (17,9%) 3,0*	40 (11,9%) -1,9*	335
	Sin OE	116 (73,9%) 0,9	12 (7,6%) -3,0*	29 (18,5%) 1,9*	157

$\chi^2(2)=11,161$   $p=0,004$  \*Residuos corregidos significativos ( $< -1,96$ ;  $> 1,96$ )

Finalmente, para contrastar la última hipótesis del segundo objetivo (Hipótesis 5), se recogen en la Tabla 5.9. las tablas de contingencias para la prueba de independencia entre el uso de discriminativos a la hora de instruir y el tipo de seguimiento de instrucciones. Tanto en los discriminativos totales como en cada discriminativo por separado no se



obtuvo ninguna relación estadísticamente significativa entre el uso de discriminativos y el tipo de seguimiento. No obstante, se observan resultados marginalmente significativos en el caso de los discriminativos totales, el *Discriminativo de comprensión, de viabilidad, y de opinión*, en los que se observa, de forma descriptiva, una tendencia al aumento del No seguimiento de instrucciones cuando no se usa ningún tipo de discriminativo (discriminativos totales) o cuando no se usan *Discriminativos de opinión y/o de Comprensión*, y una tendencia al aumento del Seguimiento de instrucciones parcial cuando se usan *Discriminativos de viabilidad y/o de comprensión*. Aunque la baja frecuencia de estas categorías nos lleva a interpretar de forma cautelosa los resultados, éstos nos permiten rechazar la Hipótesis 5 planteada.

**Tabla 5.9.** Tablas de contingencia para la prueba de independencia entre el uso de discriminativos y el tipo de seguimiento

		Tipo de seguimiento			
		Total	Parcial	No Seguimiento	
Bloque	Con discriminativos	79 (74,5%) 0,8	19 (17,9%) 1,1	8 (7,5%) -2,2*	$\chi^2(2)=5,234$ $p=0,073$
	Sin discriminativos	272 (70,5%) -0,8	53 (13,7%) -1,1	61 (15,8%) 2,2*	
	Discriminativo de Viabilidad	21 (61,8%) -1,3	9 (26,5%) 2,0*	4 (11,8%) -0,4	$\chi^2(2)=4,099$ $p=0,129$
	Sin discriminativo de viabilidad	330 (72,1%) 1,3	63 (13,8%) -2,0*	65 (14,2%) 0,4	
	Discriminativo de Opinión	35 (83,3%) 1,8	5 (11,9%) -0,5	2 (4,8%) -1,8	$\chi^2(2)=3,969$ $p=0,137$
	Sin discriminativo de opinión	316 (70,2%) -1,8	67 (14,9%) 0,5	67 (14,9%) 1,8	
	Discriminativo de comprensión	20 (80,0%) 1,0	5 (20,0%) 0,8	0 (0,0%) -2,1*	$\chi^2(2)=4,489$ $p=0,106$
	Sin discriminativo de comprensión	331 (70,9%) -1,0	67 (14,3%) -0,8	69 (14,8%) 2,1*	
	Discriminativo de ejecución	15 (78,9%) 0,7	2 (10,5%) -0,5	2 (1,05%) -0,4	$\chi^2(2)=0,561$ $p=0,756$
	Sin discriminativo de ejecución	336 (71,0%) -0,7	70 (14,8%) 0,5	67 (14,2%) 0,4	
	Discriminativo de dificultad	8 (100,0%) 1,8	0 (0,0%) -1,2	0 (0,0%) -1,2	$\chi^2(2)=3,267$ $p=0,195$
	Sin discriminativo de dificultad	343 (70,9%) -1,8	72 (14,9%) 1,2	69 (14,3%) 1,2	

\* Residuos corregidos significativos (< -1,96; >1,96)

#### 4. DISCUSIÓN

En este segundo estudio se han cumplido de forma satisfactoria los objetivos propuestos: por un lado, se han analizado las secuencias verbales más frecuentes entre el terapeuta y el cliente durante los momentos en los que los terapeutas instruyen y revisan el cumplimiento de las tareas terapéuticas y, en segundo lugar, se ha analizado la relación existente entre la forma de instruir las tareas terapéuticas por parte del terapeuta y el cumplimiento de éstas por parte del cliente.

Referente al primer objetivo, al analizar los *Bloques de instrucciones* (hipótesis 1), se obtuvo que los terapeutas, tras emitir una instrucción, suelen verbalizar una *Operación de Establecimiento* y, dada esta secuencia, el cliente emitirá un *Mostrar Aceptación* como opción más probable. Así, un ejemplo de este tipo de bloque sería aquel en el que el terapeuta, tras emitir una instrucción, destaca las consecuencias apetitivas de llevar a cabo tal respuesta, por ejemplo, “practica la respiración tal y como la hemos estado viendo en sesión y verás que poco a poco la dominarás y que ayudará a bajar el nerviosismo en esos momentos que sientes que todo te desborda”, ante lo que el cliente respondería diciendo “de acuerdo”. Este resultado es similar al encontrado en otros estudios de nuestro equipo (Calero, 2009; de Pascual, 2015; Ruiz, 2011; Ruiz et al., 2013) donde se encontró que las instrucciones frecuentemente van acompañadas de verbalizaciones motivadoras. Desde nuestra perspectiva, hipotetizamos que los terapeutas conocen y ponen en práctica las herramientas que provocan el cambio en el cliente mediante la explicitación de las relaciones entre las respuestas y sus consecuencias, ya que, como otros estudios indican, hacer mención al efecto de una conducta es relevante para una correcta ejecución de ésta (Eder y Dignath, 2017).

De modo similar, aunque como segunda opción más probable a nivel estadístico, los terapeutas también emitirán una *Operación de establecimiento* de forma previa a la instrucción. Una explicación plausible de este resultado es que antes de instruir las tareas los terapeutas expongan algunas ideas basadas en conocimiento clínico que las fundamente. Sin embargo, en sesiones posteriores el terapeuta no necesita volver a explicarla cuando instruye en la misma tarea; y probablemente este sea el motivo por el cual no es la categoría más frecuente antes de la instrucción. Por ejemplo, el terapeuta podría explicar e instruir: “cuando acabas de comer tienes automatizada la conducta de encenderte un cigarrillo. Ni lo piensas, sino que te das cuenta cuando ya lo tienes encendido, por eso necesitamos otras conductas que vayan en contra de esto. Por lo tanto,

quiero que cuando acabes de comer te vayas a lavar los dientes inmediatamente”. Esta explicación previa a la instrucción probablemente sea emitida la primera vez que instruye tal tarea, pero probablemente, en sesiones posteriores, no necesite ser explicitada para justificar la tarea. Además, esta interpretación se relacionaría con la idea sugerida por muchos autores de explicar de forma adecuada la lógica que subyace a las tareas terapéuticas como forma de que el cliente dé un sentido a éstas (Addis y Jacobson, 2000).

Como opción menos probable, pero también significativa a nivel estadístico, encontramos que los terapeutas evalúan algunos factores relacionados con la tarea antes y después de instruirla. Destacamos la evaluación de la viabilidad de la tarea y del modo en el cual el cliente la llevará a cabo – *Discriminativo de viabilidad y de ejecución en presente o futuro* – antes y después de la instrucción. Aunque estas conductas se den en ambos momentos, es importante destacar su fuerza de asociación por su relevancia clínica, que muestra que mientras el *Discriminativo de viabilidad* es más frecuente antes de instruir que después, el *Discriminativo de ejecución en presente o futuro* es más frecuente después.

Este resultado podría tener un sentido práctico, ya que resulta esperable que si el terapeuta evalúa la posibilidad de que el cliente lleve a cabo una determinada tarea, lo haga antes de instruirla; mientras que si el terapeuta evalúa la forma en la que el cliente va a llevar a cabo la tarea, lo haga después. Por ejemplo, consideramos más probable que el terapeuta pregunte al cliente: “¿crees que podrás sacar una hora al día para llevar a cabo las exposiciones” antes de instruirle en: “quiero que cada día le dediques una hora a exponerte a las fotos de las arañas”, que después de ello; mientras que preguntarle a un cliente: “A ver, cuéntame cómo se lo dirás” tiene más sentido que ocurra tras haber sido instruido en la tarea “hacer una crítica a un amigo” que antes de ello. Esta interpretación, además, es aplicable también cuando el terapeuta pregunta al cliente sobre su opinión y comprensión de la tarea y sobre su anticipación de dificultades – *Discriminativos de comprensión, de opinión y de dificultad en presente o futuro* –, que también son más frecuentes después de haber instruido las tareas.

Además, relacionamos el uso de discriminativos antes de instruir con las recomendaciones que algunos autores sugieren a los terapeutas de facilitar una actitud colaboradora del cliente para la elección de las tareas (Conoley et al., 1994; Cronin et al., 2015; Freeman y Rosenfield, 2002; Kazantzis y Deane, 1999), mientras que el uso de discriminativos posterior a la instrucción lo podemos relacionar con las recomendaciones

de evaluar la opinión y comprensión del cliente de las mismas, así como la de anticipación a posibles problemas que puedan surgir en la implementación de la tarea por parte del cliente (Garland y Scott, 2002; Kazantzis y Lampropoulos, 2002).

Para finalizar la interpretación de los resultados de los *Bloques de instrucción*, destacamos la respuesta de aceptación del cliente ante la instrucción del terapeuta. Bajo nuestra perspectiva, estos bloques muestran el carácter directivo de los tratamientos psicológicos conductuales, donde el terapeuta instruye y motiva al cliente en la práctica de ciertas conductas en el contexto extra-clínico. Y, seguramente por esta directividad y motivación, unidos a la actitud colaboradora del cliente que se ha destacado ya, el cliente acepta habitualmente esta propuesta de tareas.

En la revisión de las tareas terapéuticas (hipótesis 2) los resultados muestran que los terapeutas utilizan *Discriminativos de cumplimiento específicos e inespecíficos* para evaluar el cumplimiento del cliente, siendo el primero más probable en dos de los tres tipos de seguimiento manifestados por el cliente. Este resultado podría sugerir que los terapeutas son sistemáticos y directivos a la hora de evaluar el cumplimiento del cliente, dirigiendo de forma intencionada la conducta verbal del cliente hacia una respuesta determinada ante la que actuarán de diferentes formas: la verbalización sobre el cumplimiento de las tareas.

Esta hipótesis cobra más sentido si analizamos lo que hace el terapeuta tras estas verbalizaciones del cliente: reforzar el *Seguimiento de instrucciones total*, pero también, aunque no sea la opción más probable, evaluar las dificultades surgidas durante el cumplimiento de las tareas y la forma en la que el cliente las llevó a cabo – *Discriminativo de dificultad y ejecución en pasado* –. En el *Seguimiento de instrucciones parcial* y el *No seguimiento de instrucciones* se encontró, en contra de lo esperado, que el terapeuta finaliza el bloque como opción más probable y, por lo tanto, cambia el discurso a otro tema diferente o a evaluar el cumplimiento de otra tarea diferente. Pero también, que refuerzan, castigan y evalúan cómo el cliente ha llevado a cabo la tarea instruida – *Discriminativo de cumplimiento de ejecución en pasado* – tras el *Seguimiento de instrucciones parcial*, y castigan tras el *No Seguimiento de instrucciones*.

Estos resultados nos llevan a plantearnos una serie de explicaciones posibles en relación al manejo de las contingencias llevado a cabo por los terapeutas: en primer lugar, el uso del *Refuerzo* asociado al *Seguimiento de instrucciones total* nos podría estar

informando que éstos conocen el potencial de éste para mantener y aumentar una determinada respuesta, manifestado por los investigadores del campo clínico y experimental (Coon y Gallagher-Thompson, 2002; Cronin et al., 2015; Kazantzis y Lampropoulos, 2002; Startup y Edmons, 1994; Martínez y Tamayo, 2005; Martínez et al., 2007; Ortiz et al., 2006) y sobre todo, el papel del *Refuerzo* social en el seguimiento de instrucciones aunque las contingencias naturales asociadas a ciertas conductas no estén operando o hayan cambiado (Arismendi y Yorio, 2015). Pero, además, que conocen la importancia mencionada por algunos autores de evaluar las dificultades surgidas durante la tarea y la forma en la que el cliente la ha llevado a cabo para ir ajustando su ejecución de cara a futuras tareas (Cronin et al. 2015; Garland y Scott, 2002).

En segundo lugar, consideramos que la variedad de respuesta del terapeuta tras el *Seguimiento de instrucciones parcial* podría responder a diferentes razones: que estén reforzando aproximaciones sucesivas a una respuesta que quieren instaurar, que estén castigando la causa por la que el cliente ha cumplido sólo parcialmente con la tarea, por ejemplo, que se haya olvidado; o que estén evaluando cómo ha realizado la tarea – *Discriminativo de cumplimiento de ejecución* – porque el cliente ha manifestado que las dificultades en su ejecución han sido las que han provocado que no haya cumplido totalmente con la tarea. Esta interpretación de los resultados nos lleva, por lo tanto, a considerar que el *Seguimiento de instrucciones parcial* no es negativo *per se*, sino que depende de las condiciones bajo las que tiene lugar. Así, por ejemplo, es mejor que un cliente manifieste que se ha expuesto una única vez a un estímulo fóbico que manifieste que no se ha expuesto ninguna, al menos en determinados momentos del tratamiento, por lo que es probable que el terapeuta refuerce esta aproximación del cliente. Por el contrario, si un cliente verbaliza que alguna vez incumplió con la tarea porque no se acordó o simplemente porque no quiso hacerla, es probable que el terapeuta castigue. Pero, además, también es probable que un terapeuta evalúe cómo llevó a cabo la tarea instruida si el cliente manifiesta que únicamente hizo la tarea algunas veces porque tuvo problemas en su ejecución.

Las condiciones bajo las que ocurre el incumplimiento también podrían ser relevantes en el tercer caso, en el *No seguimiento de instrucciones*. Una posible explicación es que la forma de actuar del terapeuta predominante ante esta verbalización podría estar informando que generalmente las causas del incumplimiento del cliente suelen ser “de fuerza mayor” y no una simple cuestión de “voluntad” de éste, lo que

explicaría que los terapeutas no utilicen el *Castigo* como primera opción. Sin embargo, otras veces, menos frecuentes, el incumplimiento sí que podría deberse a una falta de “disposición” del cliente, que es castigada por el terapeuta. Además, este uso del *Castigo* que en ocasiones tiene lugar tras el *Seguimiento de instrucciones parcial* y el *No seguimiento de instrucciones* se relaciona con los estudios experimentales que muestran que las penalizaciones por no seguir instrucciones favorecen el control instruccional posterior (Fox y Pietras, 2013).

De este modo, la forma de proceder de los terapeutas en la revisión del cumplimiento nos lleva a plantearnos que la falta de cumplimiento no es una variable categórica – buena o mala –, y que el *Refuerzo* o *Castigo* no pueden ser limitados a estas categorías, sino que dependen de las condiciones bajo las que ocurre, así como el momento de la intervención en el cual se manifiestan. Pero, en última instancia, estos resultados nos muestran la diversidad de respuestas que los terapeutas pueden emitir cuando el cliente habla sobre el cumplimiento, lo que interpretamos como que éstos conocen y ponen en práctica las herramientas adecuadas para revisar el cumplimiento y favorecerlo según las recomendaciones de los investigadores del campo (Burns y Auerbach, 1992; Cronin et al., 2015; Datilio, 2002; Garland y Scott, 2002; Leahy, 2002).

Los resultados encontrados en cuanto al cumplimiento, planteado en el segundo objetivo del estudio (hipótesis 3), muestran que las tareas instruidas mediante bloques *Formales* se cumplen más que las instruidas con bloques *No formales*. A modo de ejemplo, este resultado nos informa que instrucciones precisas como: “utiliza la parada de pensamiento cuando empieces a pensar que tienes ganas de comer” serán más probablemente cumplidas por los clientes que instrucciones laxas que tienen forma de sugerencia o consejo, como: “te recomiendo que utilices la parada de pensamiento cuando empieces a pensar que tienes ganas de comer” o “puedes utilizar la parada de pensamiento cuando empieces a pensar que tienes ganas de comer”. Una explicación plausible a este resultado es que las instrucciones directivas puedan dar lugar a que el cliente asuma la respuesta instruida como una tarea concreta y pautada y no como una opción o recomendación que puede llevar a cabo de forma opcional. Además, este resultado es congruente con los resultados experimentales de un estudio reciente en el que se encontró que las instrucciones más directivas tienen un efecto mayor sobre la ejecución humana (Miller, Hirst, Kaplan, DiGennaro y Reed, 2017).

Los resultados referentes al cumplimiento de tareas instruidas con *Bloques de instrucciones con Situación Específica y Ejemplificación* muestran resultados que nos parecen destacables. Se obtuvo que el uso de estos bloques está relacionado con un aumento del *Seguimiento Parcial* y una disminución del *No Seguimiento* para el caso del uso de *Ejemplificación*. Aunque el *Seguimiento Parcial* pueda ser interpretado positivamente, ya que informan de que los clientes cumplen parcialmente con las tareas instruidas, debe analizarse de forma más exhaustiva, ya que también informan que en otras ocasiones incumplen con ellas. Una explicación plausible es que ser específico instruyendo puede provocar que los clientes cumplan con las tareas únicamente en las situaciones delimitadas, dificultando, por tanto, su generalización a otros contextos. Esta idea se basa, además en los hallazgos experimentales que informan que las instrucciones específicas pueden dificultar la generalización cuando las contingencias cambian y que, por tanto, generar dependencia al contexto (Braem et al., 2017; Carpio et al., 2014; Ortiz y González, 2010). Por este motivo, algunos investigadores sugieren el uso de instrucciones más generales que favorezcan la generalización (Ortiz et al., 2006). Por ejemplo, dar a un cliente la instrucción: “cuando empieces a pensar que necesitas comer, quiero que te digas ¡para! y te entretengas con el ordenador” puede tener un efecto positivo sobre el cumplimiento, ya que delimita al cliente cuándo emitir ciertas respuestas, pero, sin embargo, también podría perjudicar a la generalización de la respuesta instruida para ser utilizada ante otros tipos de verbalizaciones encubiertas relacionadas con la problemática. Este mismo efecto podría estar ocurriendo en el caso del uso de *Ejemplificación*, es decir, si el terapeuta añadiese a la instrucción previa “...por ejemplo, estás en tu casa viendo la tele después de cenar y te viene el pensamiento de picar chocolate, ahí paras el pensamiento, y te entretienes con otra cosa, con el ordenador, el móvil, etc.”

Sin embargo, el resultado del uso de *Ejemplificación* también muestra que su uso está relacionado con la disminución del *No Seguimiento*, por lo que hipotetizamos que ser específicos instruyendo no tiene un efecto negativo o positivo, sino que éste puede depender del momento en el cual tiene lugar. Esta idea, puede que sea la causa por la que los terapeutas instruyen más tareas sin *Situación específica y Ejemplificación* que con ellos, tal y como se obtuvo en el presente estudio, y también la causa por la que además mantienen estos niveles de especificidad estables a lo largo de todo el tratamiento, como se obtuvo en el estudio anterior. Además, este uso de instrucciones más generales es

congruente con un estudio previo de nuestro equipo (Marchena et al., 2013), así como con algunos estudios anteriores al nuestro (Kazantzis y Deane, 1999). Es necesario remarcar aquí esta baja frecuencia del uso de *Situación específica* y ponerla en relación con la alta frecuencia con la que los terapeutas emiten *Operaciones de establecimiento* que acompañan a la instrucción, ya que podrían estar poniendo de relieve un resultado que algunos estudios en el campo experimental mencionan: que las instrucciones normalmente especifican la respuesta operante y las consecuencias, pero rara vez incluyen la situación (Ader y Tatum, 1961; Ayllon y Azrin, 1964; Baron y Kaufman, 1966), permitiéndonos hipotetizar, por tanto, que las instrucciones utilizadas en la clínica pueden ser equiparables a las utilizadas en el campo experimental.

Aunque no se haya obtenido un resultado significativo a nivel estadístico, es importante destacar por su relevancia en el campo clínico los resultados descriptivos de la *Instrucción por escrito* y la *Práctica dentro de sesión*. Referente al primer tipo de bloque, los resultados obtenidos muestran que no existe una relación entre proporcionar las tareas por escrito al cliente y su cumplimiento. Una hipótesis plausible es que las instrucciones por escrito no discriminan la respuesta del cliente en un sentido diferente de las instrucciones verbales del terapeuta emitidas dentro de sesión. Este resultado diverge de los de otros trabajos en los que los autores sugieren una relación positiva entre éste tipo de instrucciones y la conducta de seguimiento del cliente, e incluso con el resultado de la intervención (Cox et al., 1988; Detweiler y Whisman, 2005). Sin embargo, desde nuestra perspectiva existe una variable que podría explicar nuestro resultado: el lugar donde el cliente coloca las tareas escritas, ya que posiblemente una instrucción escrita en un sitio visible, por ejemplo, la puerta de la nevera, podría discriminar mejor la respuesta a instaurar que si la instrucción escrita se guarda en un lugar no visible, por ejemplo, un cajón de casa. Esta interpretación, nos lleva a plantearnos que la pauta para los terapeutas no debería ser únicamente que utilicen instrucciones por escrito, sino también que recomienden a sus clientes que las tengan visualmente disponibles para aumentar su función discriminativa.

Por otro lado, referente a la *Práctica dentro de sesión* observamos, en primer lugar, la baja frecuencia con la que los terapeutas suelen llevarla a cabo cuando instruyen las tareas. Aunque este resultado *a priori* pueda ir en contra de lo que muchos autores recomiendan (Huppert et al., 2006; Tompkins, 2002), interpretamos que puede tener un sentido práctico, ya que en ocasiones los clientes saben cómo llevar a cabo las respuestas



instruidas y, por lo tanto, no requieren ser practicadas dentro de sesión. Por ejemplo, a veces los clientes dominan las técnicas de relajación por tratamientos anteriores o por la práctica de otras actividades, permitiendo al terapeuta prescindir del uso de ensayos de conducta dentro de sesión antes de instruirla para el contexto extra-terapéutico. En segundo lugar, hipotetizamos que la ausencia de relación entre la *Práctica dentro de sesión* y el cumplimiento podría ser debido a dos motivos, uno estadístico y otro clínico: por un lado, que la baja frecuencia con la que se practican las tareas dentro de sesión esté dando lugar a que esta relación no sea significativa a nivel estadístico, pero que podría llegar a la significación estadística si la frecuencia en la que los terapeutas practicasen las tareas para casa dentro de sesión fuera mayor. Y, por otro lado, que practicar las tareas dentro de sesión no tenga una influencia sobre el cumplimiento de las tareas, sino sobre cómo se ponen en práctica. Siguiendo esta idea, por lo tanto, practicar las tareas dentro de sesión sería relevante para que el cliente sea más eficiente en la adquisición de la respuesta instruida, pero no influiría sobre su puesta en práctica en el contexto extra-clínico.

Los resultados de la relación entre el uso de *Operación de Establecimiento* y el cumplimiento (hipótesis 4) muestran un aumento en el *Seguimiento parcial* y una disminución el *No seguimiento* cuando se utilizan estas verbalizaciones a la hora de instruir. Una explicación a este resultado puede ser que este tipo de verbalizaciones provoque un aumento del carácter aversivo o apetitivo de ciertas respuestas, haciendo más probable el cumplimiento de éstas. Además, este resultado es congruente con el trabajo previo de Pascual (2015), que encontró que las instrucciones emitidas por los terapeutas, acompañadas por verbalizaciones motivadoras se siguen más que las que no iban acompañadas de este tipo de verbalizaciones, pero además fundamenta de forma empírica las recomendaciones que hacen algunos autores sobre explicar la lógica que subyace a la tarea instruida (Addis y Jacobson, 2000).

Finalmente, en contra de lo esperado, no se encontró ninguna relación significativa entre el uso de discriminativos a la hora de instruir y el cumplimiento de las tareas (hipótesis 5). Este resultado sugiere dos posibles explicaciones: por un lado, al igual que ocurre en la *Práctica dentro de sesión*, es probable que la baja frecuencia de emisión de cada tipo de discriminativo puede estar provocando que su relación con el cumplimiento no sea significativa a nivel estadístico. Este resultado, tiene mayor sentido al analizar el uso total de discriminativos, donde se observa que, al aumentar la frecuencia de emisión,

el valor de la prueba estadística se vuelve más cercano a la significación estadística. En el uso de discriminativos totales, además, consideramos importante destacar estos resultados a nivel descriptivo por su relevancia clínica, ya que muestran una tendencia a un menor *No seguimiento* de instrucciones cuando se utilizan discriminativos que cuando no se utilizan. Aunque éstos deben ser interpretados con cautela, podrían estar informando que evaluar algunos factores relacionados con la tarea antes o después de instruírla – su viabilidad, la comprensión y opinión del cliente, etc. – podría ser un facilitador del cumplimiento de éstas; una relación que podría llegar a la significación estadística si aumentase la frecuencia de emisión de los discriminativos.

Por otro lado, otra explicación plausible de este resultado es que el uso de estos discriminativos no tenga un efecto independiente sobre el cumplimiento, sino que interacciona con otras conductas llevadas a cabo por el terapeuta, por ejemplo, tipo de instrucciones, uso de *Operación de establecimiento*, etc., para tener un efecto sobre el cumplimiento del cliente. Siguiendo esta idea, por lo tanto, este tipo de verbalizaciones, aunque sea en baja frecuencia, sería imprescindible para que el cumplimiento general tenga lugar. Esta posible explicación, además, tiene relación con los resultados del trabajo de Detweiler y Whisman (2005) donde encontraron que la interacción de algunas conductas del terapeuta cuando instruía las tareas tenía mayor efecto sobre el cliente que de forma independiente.

Bajo nuestra perspectiva, los resultados de este segundo estudio han aportado un primer paso en la operativización de la interacción verbal del terapeuta y del cliente cuando instruyen y revisan el cumplimiento, informando al terapeuta qué conductas y cuándo podría ser adecuado llevarlas a cabo; y, por otro lado, ha permitido establecer algunas posibles explicaciones sobre qué conductas pueden llevar a cabo los terapeutas a la hora de instruir para aumentar la probabilidad de cumplimiento del cliente. Si bien consideramos que estamos lejos de responder a las preguntas planteadas en su totalidad, creemos que este trabajo permite dar algunas recomendaciones clínicas a los terapeutas para fomentar el cumplimiento, basadas en datos empíricos que las avalen.

## CAPÍTULO 6

# Estudio empírico III: Diferencias entre terapeutas expertos e inexpertos en la forma de instruir y revisar el cumplimiento

### 1. INTRODUCCIÓN

Los estudios anteriores han proporcionado datos relevantes sobre el uso de instrucciones por los terapeutas, la forma de evaluación del cumplimiento y la relación entre la forma de instruir y el cumplimiento de las tareas. Sin embargo, en estos estudios no se analizó una variable que, bajo nuestra perspectiva, consideramos importante: la experiencia clínica. Partiendo de la idea mencionada por algunos autores de que el contacto interpersonal provoca cambios *per se* (Hull y Porter, 1943), parece lógico pensar que tanto un terapeuta experto como un inexperto llegarán a un mismo objetivo: el éxito terapéutico. Sin embargo, es probable que la eficiencia en sus formas de hacer terapia sea un elemento que diverja entre sí. De hecho, en numerosos trabajos se ha señalado la experiencia de los terapeutas como una variable a tener en cuenta para encontrar la mejor forma de ofrecer a los clientes tratamientos que tengan la máxima probabilidad de alcanzar sus objetivos (véase, por ejemplo, APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

En el caso de las instrucciones, tras los resultados de los dos estudios anteriores, se planteó la posibilidad de que la experiencia de los terapeutas fuese una variable que influye sobre la forma de proceder de éstos cuando instruyen y revisan el cumplimiento de las tareas. De hecho, asumiendo que los terapeutas expertos obtienen generalmente mejores resultados terapéuticos, es de esperar que las tasas de cumplimiento de los clientes tratados por éstos sean superiores que la de los clientes tratados por los terapeutas con menor experiencia. A su vez, a la luz de los resultados del segundo estudio en los que se obtuvo que el cumplimiento de las tareas está relacionado con la forma de instruir del terapeuta, las diferencias en la forma de instruir y de revisar el cumplimiento entre terapeutas expertos e inexpertos, por lo tanto, también deberían ser notables.

Bajo nuestra perspectiva, los estudios que analizan las diferencias entre los terapeutas expertos e inexpertos en el quehacer clínico proporcionan información valiosa para los tratamientos psicológicos, ya que permiten establecer qué conductas concretas diferencian a un “buen” terapeuta de un “mal” terapeuta y, en definitiva, porque ayudan a conocer qué comportamientos tienen que tener en cuenta los terapeutas noveles para maximizar el éxito de sus intervenciones, evitando un aprendizaje de habilidades terapéuticas basado en el ensayo-error. Por lo tanto, el presente capítulo intenta responder a las siguientes preguntas: ¿existen diferencias entre terapeutas expertos e inexpertos a la hora de instruir tareas terapéuticas y revisar su cumplimiento?, ¿en qué se diferencia la conducta verbal de los terapeutas expertos de la de los inexpertos a la hora de instruir tareas terapéuticas y de revisar su cumplimiento?

### **1.1. Objetivo e hipótesis.**

El objetivo del estudio es analizar las principales diferencias entre terapeutas expertos e inexpertos a la hora de instruir las tareas terapéuticas y revisar su cumplimiento, así como analizar si existen diferencias en el cumplimiento terapéutico de los clientes tratados por terapeutas expertos e inexpertos. Las hipótesis que se plantearon fueron:

1. Los terapeutas expertos instruyen de forma más precisa que los terapeutas inexpertos. Esto se concretará de la siguiente forma:
  - a. El porcentaje de bloques de instrucciones *Formales, con Situación específica, con Ejemplificación, con Práctica dentro de sesión y con*

*Instrucción por escrito* será mayor en los terapeutas expertos que en los inexpertos.

- b. El porcentaje de discriminativos dentro de los bloques de instrucciones (*Discriminativo de opinión, de comprensión, de viabilidad, de dificultad en presente o futuro y de ejecución en presente o futuro*) será mayor en los terapeutas expertos que en los inexpertos.
2. Los terapeutas expertos revisan las tareas de forma más sistemática que los terapeutas inexpertos, concretamente:
    - a. Los terapeutas expertos mostrarán un mayor porcentaje de *Discriminativos de cumplimiento específico, de dificultad y de ejecución* que los terapeutas inexpertos, que mostrarán, por el contrario, un mayor porcentaje de *Discriminativos de cumplimiento inespecífico*.
    - b. El porcentaje de *Refuerzo* del seguimiento de instrucciones será mayor en los terapeutas expertos que los terapeutas inexpertos.
  3. El porcentaje de *Seguimiento de instrucciones total* será mayor en los clientes tratados por terapeutas expertos que en los inexpertos. En cambio, los clientes tratados por terapeutas inexpertos mostrarán un mayor porcentaje de *Seguimiento de instrucciones parcial y No seguimiento de instrucciones* que los tratados por los terapeutas expertos.

## 2. MÉTODO

### 2.1. Participantes

Para el presente estudio se utilizaron 168 sesiones correspondiente a 15 de los 19 casos utilizados para los Estudios I y II. Las características de la muestra son las que se recogieron en la Tabla 4.1., a excepción de los casos 4, 5, 8 y 9, que corresponden a los casos tratados por los terapeutas números 2, 4 y 5, y marcados con un asterisco.

### 2.2. Variables e instrumentos

- a. Variables referidas a la conducta verbal del terapeuta y del cliente:

Nuevamente, las variables utilizadas para el tercer estudio fueron los *Bloques de instrucción y de revisión* y las categorías referidas a las verbalizaciones concretas del terapeuta y del cliente, recogidos en el SIST-INTER-INSTR (véase Tablas 4.2., 4.3., 5.1. y 5.2.).

b. Variables referidas a la experiencia del terapeuta:

Para analizar las diferencias entre terapeutas expertos e inexpertos, se dividieron los casos clínicos según los años de experiencia clínica del terapeuta. De este modo, aquellos casos tratados por terapeutas con 5 o más años de experiencia clínica continuada fueron clasificados como expertos y como inexpertos los casos tratados por terapeutas de menos de 5 años de experiencia clínica continuada.

c. Instrumentos:

- El SIST-CVT-C-INSTR, para categorizar las verbalizaciones del terapeuta y del cliente.
- El software *The Observer XT* versión 12 (Noldus ©) para las mismas funciones que en el Estudio I y II.
- El *Excel 2016, paquete Office* para traspasar los registros del *The Observer XT* al software *IBM SPSS Statistics* versión 22.
- El paquete estadístico *IBM SPSS Statistics* versión 22 para analizar las diferencias entre grupos independientes.

### 1.3. Procedimiento

En el tercer estudio se utilizaron los registros realizados mediante el software *The Observer XT*, a excepción de los registros de los cuatro casos clínicos excluidos. El procedimiento, por tanto, fue el mismo que el llevado a cabo en el Estudio I y II hasta la exportación de los datos desde *The Observer XT* a una base de datos del *Excel* y análisis de los mismos. Tras esta exportación, se clasificaron los registros según perteneciesen a terapeutas expertos o inexpertos y se calcularon los porcentajes de ocurrencia de cada categoría a estudiar.

Una vez se estimaron los porcentajes de ocurrencia de cada categoría a estudiar y teniendo en cuenta la variable experiencia del terapeuta como variable de agrupación, se pasaron los datos a una base de datos del *IBM SPSS Statistics* versión 22, en el que se realizaron las pruebas estadísticas correspondientes para llevar a cabo el Contraste de hipótesis.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Diferencias en la forma de instruir entre terapeutas expertos e inexpertos (Hipótesis 1)

Para contrastar la Hipótesis 1.a., en la Tabla 6.1. se presentan los estadísticos descriptivos para analizar los porcentajes de bloques de instrucciones *Formales*, con *Situación específica*, con *Ejemplificación*, con *Instrucción por escrito* y con *Práctica dentro de sesión*. Si bien encontramos, a nivel descriptivo, una ligera diferencia a favor de los terapeutas inexpertos en cuanto al porcentaje de bloques de instrucciones *Formal*, con *Situación Específica*, con *Instrucción por escrito* y con *Práctica dentro de sesión*, los terapeutas expertos muestran una leve ventaja en el porcentaje de bloques de instrucciones con *Ejemplificación*. No obstante, ninguna de estas diferencias es significativa a nivel estadístico al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para grupos independientes, tal y como se muestra en la Tabla 6.2.

**Tabla 6.1.** Estadísticos descriptivos de los bloques de instrucciones para cada grupo.

	Expertos		Inexpertos	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Bloque instrucción formal	74,26	10,39	77,37	6,82
Con situación específica	28,66	15,16	32,35	10,73
Con ejemplificación	16,51	6,89	9,43	4,63
Con instrucción por escrito	24,38	22,73	26,67	21,55
Con práctica dentro de sesión	3,64	3,22	4,22	4,06

**Tabla 6.2.** Prueba U de Mann-Whitney entre grupos para los diferentes bloques de instrucciones.

	<i>z</i>	<i>p</i>
Instrucción formal	-0,222	0,637
Con situación específica	-0,347	0,556
Con ejemplificación	-2,722	0,099
Con instrucción por escrito	-0,222	0,637
Con práctica dentro de sesión	0,000	1,000

\*Significación teniendo en consideración  $\alpha=0,05$

Para contrastar la Hipótesis 1.b. se recoge en la Tabla 6.3. los estadísticos descriptivos para cada tipo de discriminativo en cada uno de los grupos. En este caso, los porcentajes y las variaciones encontradas entre los terapeutas expertos e inexpertos son

mínimas. Mientras en el *Discriminativo de opinión, viabilidad y de dificultad* los terapeutas expertos muestran mayor porcentaje, en los *Discriminativos de comprensión, y de ejecución* son los terapeutas inexpertos los que muestran ventaja. No obstante, al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para grupos independientes, se observa que no existen diferencias significativas a nivel estadístico entre los porcentajes de ocurrencia para cada grupo (véase Tabla 6.4.). Los resultados obtenidos hasta ahora en el presente estudio, nos llevan a rechazar la Hipótesis 1.

**Tabla 6.3.** Estadísticos descriptivos de los tipos de discriminativo para cada grupo.

Discriminativos	Expertos		Inexpertos	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
De opinión	4,20	2,85	3,54	5,39
De comprensión	2,20	2,12	3,58	3,46
De viabilidad	4,38	6,49	1,53	1,33
De dificultad	0,62	1,01	0,18	0,36
De ejecución	0,59	0,98	2,06	1,96

**Tabla 6.4.** Prueba U de Mann-Whitney entre grupos para los diferentes discriminativos.

Discriminativos	<i>z</i>	<i>p</i>
De opinión	-1,853	0,173
De comprensión	-0,504	0,478
De viabilidad	-0,360	0,548
De dificultad	-0,572	0,450
De ejecución	-2,904	0,088

\*Significación teniendo en consideración  $\alpha=0,05$

### 3.2. Diferencias en la forma de revisar el cumplimiento de las tareas terapéuticas entre terapeutas expertos e inexpertos (Hipótesis 2).

Referente a la revisión del cumplimiento de las tareas terapéuticas, se obtuvieron los estadísticos descriptivos de los diferentes tipos de discriminativos de cumplimiento que se recogen en la Tabla 6.5. En estos resultados se observa que, aunque en todos los tipos de discriminativos, excepto en el *Discriminativo de cumplimiento inespecífico*, los terapeutas inexpertos muestran mayor porcentaje que los terapeutas expertos, únicamente la diferencia en el porcentaje de *Discriminativo de cumplimiento de ejecución en pasado* es significativa a nivel estadístico (véase Tabla 6.6.).



En cuanto al uso de la categoría *Refuerzo* (Hipótesis 2.b.), se recogen en la Tabla 6.7. sus estadísticos descriptivos en cada grupo de comparación. Nuevamente se observa que la diferencia es mínima a favor de los terapeutas inexpertos y, que ésta no es significativa a nivel estadístico, como muestra la Tabla 6.8. Los resultados obtenidos en relación a la forma de revisar por parte del terapeuta el cumplimiento de las tareas terapéuticas nos permiten rechazar la Hipótesis 2, ya que únicamente se encontró diferencia significativa para el *Discriminativo de ejecución en pasado*, entre los terapeutas expertos e inexpertos a favor de los terapeutas inexpertos, un valor que va en contra de lo esperado.

**Tabla 6.5.** Estadísticos descriptivos de los tipos de discriminativo de cumplimiento para cada grupo.

Discriminativos de cumplimiento	Expertos		Inexpertos	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Específico	48,67	15,23	60,14	12,74
De dificultad en pasado	6,32	3,90	10,43	10,43
De ejecución en pasado	4,97	4,66	14,76	8,32
Inespecífico	12,98	5,66	12,63	4,29

**Tabla 6.6.** Prueba U de Mann-Whitney entre grupos para los diferentes discriminativos de cumplimiento.

Discriminativos	<i>z</i>	<i>p</i>
Específico	-2,347	0,126
De dificultad en pasado	-1,007	0,316
De ejecución en pasado	-6,125	0,013*
Inespecífico	-0,014	0,906

\*Significación teniendo en consideración  $\alpha=0,05$

**Tabla 6.7.** Estadísticos descriptivos de la categoría de *Refuerzo* del terapeuta.

	Expertos		Inexpertos	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Refuerzo	46,38	11,85	47,96	25,67

**Tabla 6.8.** Prueba U de Mann-Whitney entre grupos para la categoría de *Refuerzo*.

	<i>z</i>	<i>p</i>
Refuerzo	-0,056	0,814

\*Significación teniendo en consideración  $\alpha=0,05$

### 3.3. Diferencias en el Seguimiento de instrucciones en los clientes tratados por terapeutas con diferente grado de experiencia clínica (Hipótesis 3).

Finalmente, para analizar las diferencias en las verbalizaciones de *Seguimiento* o *No seguimiento de instrucciones*, se obtuvieron los estadísticos descriptivos para cada tipo de seguimiento de instrucciones que se recogen en la Tabla 6.9. Los resultados obtenidos muestran que mientras el porcentaje de *Seguimiento de instrucciones total* y de *No seguimiento* de instrucciones es ligeramente inferior en los casos tratados por terapeutas expertos, en el caso del porcentaje de *Seguimiento de instrucciones parcial* son los terapeutas expertos los que muestran un porcentaje superior. Sin embargo, la prueba para grupos independientes muestra que ninguna de estas diferencias es significativa a nivel estadístico tal y como se observa en la Tabla 6.10., por lo que nos permite rechazar la Hipótesis 3 planteada.

**Tabla 6.9.** Estadísticos descriptivos de los tipos de seguimiento para cada grupo

Tipo de seguimiento	Expertos		Inexpertos	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Total	77,97	19,42	79,19	13,20
Parcial	12,82	14,46	6,68	4,82
No Seguimiento	9,21	5,95	14,13	9,84

**Tabla 6.10.** Prueba U de Mann-Whitney entre grupos para los tipos de seguimiento

Tipo de seguimiento	<i>z</i>	<i>p</i>
Total	-0,087	0,768
Parcial	-0,282	0,596
No seguimiento	-1,391	0,238

\*Significación teniendo en consideración 0,05

## 4. DISCUSIÓN

En el presente capítulo se ha completado el objetivo de estudio planteado, ya que se han analizado las diferencias existentes entre terapeutas expertos e inexpertos en la forma de instruir y de revisar el cumplimiento de las tareas terapéuticas, así como las diferencias en los niveles de cumplimiento manifestado por los clientes tratados por los mismos.

Los resultados sobre la forma de instruir muestran que no existen diferencias significativas entre los terapeutas expertos e inexpertos en las variables analizadas. Algunos de estos resultados son similares a los encontrados en un estudio de caso de nuestro equipo que, debido a la muestra tan reducida, requería ser confirmado en un estudio más amplio (Marchena et al. 2013). En este estudio no se encontraron diferencias entre un terapeuta experto y un inexperto en la especificación de la situación ni en el uso de ejemplificación cuando éstos instruían las tareas terapéuticas, sin embargo, los porcentajes de instrucciones directivas y con conducta concreta fueron estadísticamente superiores en el terapeuta experto que en el inexperto. No obstante, dada la escasa muestra de este estudio, su similitud con los resultados del presente trabajo debe ser tomado con cautela.

Por otro lado, en la revisión del cumplimiento únicamente se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de emisión del *Discriminativo de ejecución en pasado*, en el que los terapeutas inexpertos muestran ventaja respecto a los expertos. Una posible explicación a este resultado es que los terapeutas inexpertos quizás estén más preocupados por anticiparse al modo en que el cliente llevará a cabo la tarea instruida por miedo a que éste fracase durante su implementación. Sin embargo, a nivel general los porcentajes de las variables analizadas referentes a la evaluación del cumplimiento no muestran diferencias estadísticamente significativas en la emisión de *Discriminativos de cumplimiento*, ni tampoco en el porcentaje de emisión del *Refuerzo*. Asimismo, los porcentajes de verbalizaciones sobre el cumplimiento emitidas por los clientes tratados por los terapeutas expertos y los tratados por los terapeutas inexpertos tampoco muestran diferencias estadísticamente significativas entre sí.

La ausencia de resultados significativos en contra de lo esperado nos plantea diferentes interpretaciones. En primer lugar, consideramos que, aunque los porcentajes de las variables analizadas sean similares, es probable que no estén informando totalmente si los terapeutas instruyen y revisan el cumplimiento de la misma forma, ya que, por ejemplo, en el caso del *Refuerzo*, puede que, aunque no existan diferencias significativas en la frecuencia de emisión, los terapeutas inexpertos estén reforzando de forma indiscriminada la conducta del cliente, mientras que los terapeutas expertos quizá lo hacen de forma contingente y, en última instancia, de una forma clínicamente más adecuada. Por este motivo, consideramos necesario llevar a cabo estudios que analicen las diferencias entre la conducta de los terapeutas expertos e inexpertos ante determinados

comportamientos del cliente y no únicamente en la frecuencia de ocurrencia de determinadas verbalizaciones, es decir, la interacción verbal.

Además de la interacción verbal, también podrían existir verbalizaciones dentro de los *Bloques de instrucciones y de revisión* en los que sí existan diferencias significativas y que, debido a que no son objeto de estudio de la presente tesis doctoral, no se analizaron en profundidad como, por ejemplo, en las *Operaciones de establecimiento* que emiten los terapeutas a la hora de instruir. Por consiguiente, teniendo presente el concepto de bloque, los resultados de este estudio no permitirían concluir que no existen diferencias significativas en la forma de instruir y revisar el cumplimiento, sino únicamente que no existen diferencias en aquellos elementos de los bloques en los que estamos poniendo el foco de atención. Esta idea además se apoya en los resultados de estudios previos de nuestro equipo en los que se encontró que el terapeuta experto emitía más reglas de tipo *Concepto* que el terapeuta inexperto; reglas que pueden ser consideradas como más generales y que podrían favorecer la generalización de comportamientos a diferentes contextos (Vargas, 2011). Por otra parte, en el estudio de Pascual (2015) se encontró que los terapeutas expertos motivan más frecuentemente a los clientes que los terapeutas inexpertos y que, además, éstos suelen utilizar más verbalizaciones motivadoras *De cadena* que los terapeutas inexpertos; un tipo de verbalización motivadora que puede ser considerada como la más sistemática a la hora de motivar a los clientes, en contraposición al tipo de motivadora *Coloquial*.

En tercer lugar, es probable que existan otros elementos a la hora de instruir y revisar el cumplimiento donde los terapeutas expertos podrían divergir de los inexpertos como la organización de las sesiones, es decir, el orden de los *Bloques de instrucciones y de revisión* dentro de las sesiones; por ejemplo, podría ser que mientras los terapeutas expertos siguen una estructura ordenada de las sesiones: *Bloques de revisión* al principio de las sesiones y *Bloques de instrucciones* a final de las mismas, los terapeutas inexpertos intercalen ambos bloques, generando una estructura poco sistemática y estructurada de las sesiones clínicas; o también es probable que los terapeutas inexpertos se dejen más tareas sin revisar o le dediquen menos tiempo que los terapeutas expertos, en contra de lo sugerido por los investigadores del campo (Bryant et al., 1999; Johnson y Kazantzis, 2004; Kazantzis y Deane, 1999; Shelton y Levy, 1981). En definitiva, bajo esta idea las diferencias en entre los terapeutas expertos e inexpertos no estarían en cómo son las instrucciones y la revisión del cumplimiento, como se ha analizado en el presente estudio,

sino en cómo se distribuyen estas actividades a lo largo de las sesiones clínicas y si esta distribución es estable a lo largo del tratamiento.

En cuarto lugar, otra explicación plausible es que los años de práctica clínica no influyan sobre la forma de instruir y revisar el cumplimiento de las tareas, es decir, que no moldeen el comportamiento de los terapeutas en estos cometidos, mientras que la experiencia clínica sí puede tener un efecto sobre otro tipo de verbalizaciones. De acuerdo con esta idea, la forma de emitir una instrucción como, por ejemplo, “quiero que cada día te expongas, como ya sabes, al menos dos veces a ver las fotos de arañas que te envíe” no sería diferente cuando un terapeuta la emite en el primer caso clínico que trata, que cuando la emite en años posteriores cuando la experiencia clínica es mayor. Pero, sin embargo, la forma de especificar las contingencias, por ejemplo, “verás que consigues buenos resultados” sí que podría ser diferente cuando la experiencia clínica del terapeuta fuera mayor. Bajo nuestra perspectiva, esta explicación tiene sentido si nos basamos en la propia definición de las instrucciones; un tipo de verbalización que tanto en el campo clínico como en el experimental parece estar bien delimitado, ya que, mientras pueden existir debates en torno a la conceptualización y definición de determinadas verbalizaciones del terapeuta como, por ejemplo, la motivadora, en el caso de las instrucciones parece haber cierto consenso en su operativización como estímulos verbales que prescriben respuestas (Ader y Tatum, 1961; Ayllon y Azrin, 1964; Baron y Kaufman, 1966). Además de ello, teniendo en cuenta que los humanos recibimos instrucciones e instruimos desde edades tempranas y que frecuentemente estamos expuestos a este tipo de verbalizaciones, es probable que hasta en contextos menos formales las definiciones se asemejen bastante a nuestra definición en el campo clínico.

En quinto lugar, otra interpretación de los resultados es que quizá las habilidades necesarias para instruir y revisar el cumplimiento sean adquiridas rápidamente, es decir, que los terapeutas necesiten pocos ensayos de aprendizaje. De este modo, dado que el proceso de instruir y revisar el cumplimiento es una de las tareas más frecuente en el quehacer del terapeuta, y tiene lugar desde la primera sesión de la intervención, los terapeutas inexpertos ya pueden haber adquirido las habilidades requeridas para ello desde las primeras sesiones. Por lo tanto, para mantener o refutar esta hipótesis sería imprescindible estudiar las diferencias existentes entre las primeras sesiones del primer caso tratado por los terapeutas inexpertos y los casos tratados por los terapeutas expertos.

Finalmente, consideramos que, aunque la forma de instruir y de revisar el cumplimiento de los terapeutas expertos e inexpertos puedan ser similares, este resultado no informa sobre si las tareas instruidas por los primeros son igual de relevantes para el cambio clínico que las de los segundos. Siguiendo esta idea, aunque el cumplimiento de las tareas de los clientes tratados por los terapeutas expertos no difiera de los tratados por los inexpertos, la eficacia y la eficiencia de las intervenciones son dos factores que sí podrían diferir. Esta idea, además, es congruente con otros trabajos que consideran que los años de experiencia clínica es una de las características claves del terapeuta para explicar los resultados terapéuticos (Hellman, Morrison y Abramowitz, 1987; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Orlinsky et al., 1999), lo que, por consiguiente, podría indicar que alguna diferencia debería haber en torno a las tareas terapéuticas.

Aunque el presente trabajo no permite responder totalmente a las preguntas planteadas, creemos que supone un paso más hacia tal fin. Consideramos que este trabajo aporta una adecuada aproximación al estudio de las diferencias entre terapeutas expertos e inexpertos basado en lo que hacen durante los tratamientos psicológicos y alejado del estudio de variables personales en las que otros se centran (Huppert et al. 2006). Desde nuestra perspectiva, el presente estudio analiza las diferencias existentes en diferentes conductas de los terapeutas que la literatura científica del campo considera relevantes a la hora de instruir y revisar el cumplimiento de las tareas, y aunque no permite concretar en cuáles de ellas difieren los terapeutas noveles de los terapeutas más experimentados, permite plantear algunas hipótesis a confirmar en futuros estudios sobre el tema que, sin duda, abre una línea de investigación que podría ser muy fructífera.

## CAPÍTULO 7

### Conclusiones finales

La investigación en psicología clínica en ocasiones se limita a estudiar determinados fenómenos que responden a modas o tendencias en la investigación del campo, como por ejemplo la proliferación en la última década de investigaciones que estudian el estrés como la “enfermedad” del siglo XXI o el estudio de la “consciencia plena” como solución a los problemas psicológicos actuales. Esta oleada de estudios en ocasiones replica los resultados de investigaciones previas y llena la literatura científica del campo de resultados reiterativos. Bajo nuestra óptica, no criticamos que existan réplicas de estudios, ni que diversos estudios se dediquen a estudiar un mismo fenómeno, sino que esta dedicación suponga una desvirtuación de la investigación en psicología clínica de otras necesidades del campo para explicar algunos fenómenos que ocurren durante los tratamientos psicológicos. El caso de las instrucciones es un claro ejemplo de ello, un objeto de estudio en el que, a pesar del consenso sobre su utilidad e importancia, pasa frecuentemente desapercibido dentro de los objetivos de estudios de las investigaciones en el campo aplicado.

Sin duda, somos conscientes de que estudiar este fenómeno es un trabajo arduo, sobre todo si se hace con una metodología observacional como la utilizada en esta tesis, debido a su elevado coste temporal y a la dificultad que entraña. Pero, además, porque

analizar qué consideramos una instrucción en terapia y qué no, puede resultar ir en contra del propio concepto de tratamiento psicológico, el cual en ocasiones se reduce a un contexto en el que el terapeuta dice al cliente qué cosas tiene que hacer para solucionar su problema. De este modo, discernir entre una instrucción como “quiero que vayas esta semana un día al cine con tu amiga” de una *Operación de establecimiento* como “es importante para tu estado de ánimo que vayas esta semana un día al cine con tu amiga” es realmente complicado, ya que mientras ambas coinciden en hacer explícita una respuesta, la primera la prescribe directamente y la segunda establece una relación entre ésta y un consecuente. Estos criterios de distinción pueden parecer sencillos de establecer, pero la flexibilidad que caracteriza al uso del lenguaje hace de esta tarea un camino arduo al que los investigadores del campo tenemos que enfrentarnos para identificar verbalizaciones concretas en el discurso del terapeuta.

Además de esto, la tarea no es únicamente ardua para diferenciar entre qué consideramos una instrucción y qué no, sino también para diferenciar qué consideramos una instrucción sobre una tarea terapéutica, tema en el cual nos centramos en la presente tesis doctoral, de una instrucción informal que no responde a los objetivos de intervención. Este hecho, que en un primer momento puede parecer simple, resulta complejo al observar que el proceso terapéutico puede reducirse a un contexto de aprendizaje de nuevas conductas dirigido por el terapeuta.

Todas estas dificultades, sin embargo, han ido siendo superadas durante el proceso de elaboración de la presente tesis doctoral, lo que nos ha permitido abarcar el fenómeno de las instrucciones de forma satisfactoria para dar respuesta a una serie de cuestiones que consideramos relevantes, basándonos en la literatura científica. De este modo, aunque en el presente capítulo trataremos algunas mejoras e investigaciones futuras que son requeridas para seguir avanzando en el tema, este trabajo nos permite obtener unas conclusiones potencialmente relevantes sobre las instrucciones en el campo clínico que serán expuestas a continuación.



## 1. EQUIVALENCIA FUNCIONAL ENTRE DIFERENTES CONTEXTOS EN EL ESTUDIO DE LAS INSTRUCCIONES

El primer estudio llevado a cabo se ha centrado en la evolución de las instrucciones durante los tratamientos psicológicos y la revisión del cumplimiento. El planteamiento de este estudio ha sido establecido basándonos en la idea de que los procesos de aprendizaje mediante instrucciones que ocurren durante los tratamientos psicológico se podrían asemejar a los que ocurren en el laboratorio. De este modo, al igual que en los experimentos de laboratorio en los que hay diferentes fases – línea base, entrenamiento y pruebas –, las sesiones clínicas han sido divididas atendiendo a un criterio cronológico de la intervención, mostrando que mientras la forma de instruir es diferente a lo largo de ellas, la forma de revisar el cumplimiento muestra menos variabilidad. Concretamente, las instrucciones son cada vez menos frecuentes, menos directivas y menos precisas en cuanto a la conducta que se instruye – menos *Bloques de instrucciones Formales, Con instrucción por escrito y Con práctica dentro de sesión* –. En el campo experimental frecuentemente encontramos que esta variación de las instrucciones proporcionadas por los experimentadores ocurre del mismo modo durante las diferentes fases, utilizando instrucciones generales en la línea base para observar la respuesta exploratoria de los participantes ante una determinada tarea, mientras en la fase de entrenamiento se utilizan instrucciones más precisas para que los participantes adquirieran la respuesta correcta a establecer en la tarea. Finalmente, en una última fase de prueba, cuando la respuesta ya se ha adquirido, las instrucciones se vuelven a eliminar en su totalidad o se utilizan instrucciones más generales.

Por otro lado, la baja frecuencia con la que se especifican los estímulos discriminativos antes los que llevar a cabo la respuesta instruida – *Bloques de instrucciones con Situación específica y Ejemplificación* – también es habitual en ambos contextos. Sin embargo, mientras en el caso del contexto experimental esto podría ir en contra de la adquisición de respuestas adecuadas en los participantes, en el contexto aplicado consideramos que tiene un sentido clínico. Esto quizás se deba a la propia naturaleza de las respuestas instruidas en ambos contextos, ya que mientras en el contexto clínico se pretende que el cliente adquiriera nuevas respuestas que no sean limitadas a determinados contextos, en el campo experimental se trata de una respuesta que es únicamente aplicable a la prueba experimental que se está utilizando. Por lo tanto,

mientras en el experimental utilizar instrucciones que especifiquen los discriminativos como, por ejemplo, “cuando se encienda la luz roja tienes que girar la manivela” podría tener un sentido, en el campo clínico podría llegar a ser anti-terapéutico si entrenamos a un cliente a emitir respuestas solamente ante unos discriminativos concretos.

El uso de discriminativos a la hora de instruir también podría tener una equivalencia en los experimentos de laboratorio, donde los experimentadores, tras explicarles la tarea a los participantes, suelen pedirles que compartan sus dudas antes de que ésta se inicie. Una vez que el experimento ha comenzado, los participantes se limitan a realizar la tarea y, por lo tanto, se elimina la posibilidad de exponer dudas o comentarios sobre la tarea. Sin embargo, algunos discriminativos concretos categorizados en nuestro sistema no tienen relevancia en el contexto experimental, dado que normalmente se trata de tareas de baja dificultad y no tan complejas como las que pueden tener lugar durante el contexto clínico. Por ejemplo, resultaría extraño que un experimentador preguntase a los participantes de un experimento si ven viable llevar a cabo la tarea, o que les preguntase cómo llevarán a cabo la tarea instruida.

Por otro lado, la revisión del cumplimiento nos sugiere una visión del terapeuta en este cometido como el “contador” de un experimento, quien acumula la información sobre la ejecución del cliente y proporciona a éste los consecuentes contingentes. Esta visión radica en la estabilidad a lo largo del tratamiento en la forma de revisar el cumplimiento de las tareas terapéuticas, tanto si el cliente ha cumplido o no, como si la forma de cumplimiento es la apropiada. Además, este papel del terapeuta como evaluador del cumplimiento y como afianzador del aprendizaje mediante el manejo de las contingencias facilita que los clientes se vean forzados a verbalizar su ejecución; verbalizaciones que las investigaciones experimentales denominan como reglas sobre la ejecución y que podrían permitir a los clientes aprender relaciones entre estímulos, respuestas y consecuentes y, en última instancia, podrían provocar una mejoría en las ejecuciones posteriores.

A pesar de las peculiaridades que el contexto experimental y el clínico pueden presentar, consideramos que la mayoría de resultados obtenidos en el primer estudio nos permiten interpretar que existe una similitud entre cómo instruye el terapeuta y revisa el cumplimiento durante la intervención psicológica y los procesos llevados a cabo durante los experimentos sobre instrucciones en laboratorio. Por este motivo, consideramos que podría existir una equivalencia funcional entre ambos contextos, y que, por tanto, el

fenómeno en sí, su efecto sobre la conducta y su papel sobre el aprendizaje podrían ser similar en ellos. Esta idea no sólo es relevante porque permite una aplicación “sin miedo” de los resultados provenientes del campo experimental en instrucciones al campo clínico, sino porque podría animar a los investigadores a llevar a cabo trabajos similares, que comparen estos dos contextos cuando se estudian determinados fenómenos en el campo clínico.

## **2. INSTRUCCIONES Y CUMPLIMIENTO COMO PROCESO DE APRENDIZAJE**

A pesar de que las instrucciones son el objeto principal de análisis de la presente tesis doctoral, su efecto no puede ser estudiado sin tener en cuenta el contexto que la envuelve. Bajo nuestra perspectiva, analizar la interacción verbal es una forma útil de saber cómo las instrucciones pueden interaccionar con otras verbalizaciones para obtener una visión más global de su función dentro de las intervenciones psicológicas. Un buen ejemplo de ello son los *Bloques de instrucciones*, en los que se obtuvieron que éstos suelen incluir una instrucción y una *Operación de establecimiento*. Consideramos que este resultado informa que los terapeutas no sólo mandan tareas para casa, sino que además motivan y/o explican ciertos aspectos de las tareas quizá con el objetivo de alterar el carácter apetitivo o aversivo de algunas respuestas. De este modo, instruir durante los tratamientos psicológicos no puede ser concebido de forma independiente de las funciones de otras verbalizaciones emitidas por el psicólogo, sino que éstas podrían interaccionar entre sí para conseguir un efecto sobre el cliente, el cumplimiento.

Además del efecto de esta verbalización que acompaña a la instrucción, también existen otras que acompañan al discurso del terapeuta cuando instruye, los discriminativos; un tipo de verbalización que podríamos considerar que tiene un papel de *preparación* de las condiciones adecuadas para instruir, en el caso de aquellos discriminativos que se emiten antes de la instrucción y de *confirmación* de que el cliente ha recibido correctamente la instrucción, en aquellos discriminativos que se emiten tras ésta. Sin embargo, la baja frecuencia de estas verbalizaciones da lugar a que los *Bloques de instrucciones* frecuentemente estén formados por una instrucción sin discriminativo,

convirtiendo al cliente, en última instancia, en un receptor que acepta las tareas a poner en práctica que un experto le instruye.

Esta idea no significa que lo que verbaliza el cliente no sea relevante, sino que enfatiza el carácter directivo que caracteriza a la terapia conductual. De hecho, lo que dice el cliente es importante, ya que sus verbalizaciones son las centrales dentro de los *Bloques de revisión* en los que manifiesta si ha llevado a cabo o no la tarea instruida y que, a su vez, servirá de referencia al terapeuta de cara a instruir en futuras tareas. Estas verbalizaciones del cliente, sin embargo, no son azarosas, sino que están discriminadas por el terapeuta, quien las busca de forma intencionada para reforzarlas, castigarlas o evaluar algunos aspectos relevantes del cumplimiento que podrían favorecer el cumplimiento futuro – *Discriminativo de cumplimiento de ejecución y dificultad en pasado* –. En el caso del manejo de las contingencias, mientras los terapeutas parecen actuar de forma contundente, reforzando el cumplimiento de la totalidad de las tareas o castigando el incumplimiento total de las tareas, cuando el cliente cumple parcialmente con las tareas, el refuerzo o castigo probablemente dependan de la justificación manifestada por el cliente. Esta pluralidad de conductas del terapeuta instruyendo y revisando el cumplimiento se aleja de la visión protocolaria de la conducta que un terapeuta debe emitir y, por lo tanto, refleja las habilidades requeridas por los terapeutas conductuales para desarrollar los tratamientos psicológicos, en contraposición con la imagen de éstos como “máquinas de reforzamiento” con las que se en ocasiones se les asocia.

A la complejidad de la labor del clínico podemos sumarle que la forma en la que instruye también es importante para el cumplimiento, un resultado que deriva del segundo objetivo del segundo estudio. Esta idea se refleja en que las instrucciones más directivas, las *Formales*, acompañadas de una *Operación de establecimiento* se cumplen más. Según este resultado, por lo tanto, la secuencia más utilizada por los terapeutas a la hora de instruir parece no ser un hecho fortuito, sino que respondería a un conocimiento clínico sobre los mecanismos de cambio. Además, podemos sumarle a esta idea, el uso moderado del que antes se hablaba de *Situación específica y Ejemplificación*, que, aunque no ponemos en duda su importancia para el cumplimiento, en virtud de los datos obtenidos, hipotetizamos que en algún momento de la terapia podrían ir en contra de éste, por lo que cabe plantearse cuándo es beneficioso utilizar este tipo de instrucciones o cuando es mejor prescindir de ellas. Ante esto, y tomando como referencia lo analizado sobre el primer

estudio, nos posicionamos con lo que sugieren los resultados experimentales, considerando que es mejor ser más específico al principio del aprendizaje y más general hacia el final del mismo.

En el caso de los discriminativos, no parecen tener un efecto concluyente sobre el cumplimiento, sin embargo, no consideramos que su uso sea prescindible, sino que éste podría interactuar con otros elementos utilizados a la hora de instruir fomentando el cumplimiento terapéutico. Así, del mismo modo que analizar las instrucciones separadas del resto de discurso del terapeuta carece de sentido, estudiar el efecto que cada característica de la instrucción de forma independiente tiene sobre el cumplimiento podría estar limitando una visión más global del efecto que todos los componentes de las instrucciones pueden tener sobre el cumplimiento.

Más allá de las peculiaridades de cada tipo de instrucción, las tareas instruidas por los terapeutas se cumplen casi en su totalidad, independientemente de su contenido, así como si se formulan de forma más directiva o específica, como cuando se hace de forma más laxa. Esto no reflejaría sólo que las personas tenemos una “predisposición aprendida” a seguir instrucciones, sino que las instrucciones emitidas por los terapeutas ejercen un potente control sobre la conducta del cliente. Sin embargo, aunque la tendencia a seguir instrucciones debido a nuestra historia de aprendizaje podría explicar el seguimiento actual, resultaría inconcebible creer que las personas seguimos instrucciones de forma indiscriminada, sea cual sea el agente instructor. Por este motivo, consideramos que el terapeuta hace algo diferente durante el proceso terapéutico que provoca que los clientes cumplan las tareas instruidas. Bajo nuestra perspectiva, ese *algo* responde a un proceso de aprendizaje que el terapeuta pone en marcha, indicando respuestas que probablemente se cumplen, en primer lugar, por el aumento del carácter apetitivo de éstas mediante *Operaciones de establecimiento*. Posteriormente se mantienen por el refuerzo diferencial del terapeuta a corto plazo, creando así una historia de aprendizaje del seguimiento adecuada, y, finalmente, a largo medio-plazo por el contacto con las contingencias naturales. Por lo tanto, a modo de conclusión de los resultados del segundo estudio, consideramos que probablemente no existan clientes *cumplidores*, sino terapeutas que consiguen que sus clientes adquieran la conducta de cumplir.

### **3. LAS INSTRUCCIONES EN LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS COMO ESTÍMULOS DISCRIMINATIVOS**

Uno de los dilemas presentes en el campo experimental es si una instrucción puede ser considerada como un estímulo discriminativo o no. Como se analizó en el segundo capítulo, el escepticismo de considerar que las instrucciones tienen tal función radica en el tiempo que suele transcurrir desde que se proporciona la instrucción hasta que la respuesta es puesta en marcha, así como en la idea de que para que sea considerada un estímulo discriminativo, tiene que haber reforzamiento diferencial de la respuesta emitida ante la presencia de ésta. Aunque la mayoría de los investigadores se posicionan a favor de la función discriminativa de las instrucciones, este posicionamiento podría inclinar la balanza en el sentido contrario cuando se trata de las instrucciones en los tratamientos psicológicos, donde la respuesta instruida puede ser llevada a cabo horas después, e incluso días después de su emisión; a diferencia de los experimentos de laboratorio en los que la respuesta a llevar a cabo por los participantes suele ocurrir segundos o minutos más tarde de haber sido instruida.

Basándonos exclusivamente en el criterio temporal previamente nombrado, no tendríamos que dudar en afirmar que las instrucciones en el campo clínico no pueden ser consideradas como estímulos discriminativos, pero desde nuestra perspectiva, existen otros elementos que merecen ser analizados, a la luz de los resultados de los estudios de la presente tesis doctoral, que nos hace pensar que las instrucciones emitidas por el terapeuta podrían tener función discriminativa sobre la conducta del cliente.

Atendiendo al cumplimiento obtenido, podemos decir que las instrucciones generalmente son seguidas por los clientes y muchas de ellas se refieren a conductas que, aun estando presente en el repertorio de los clientes, no se ponen en marcha previamente a la instrucción. Por ejemplo, podemos pensar que todo el mundo sabe salir a divertirse y pasárselo bien con los amigos, sin embargo, en ocasiones encontramos que los clientes no llevan a cabo este tipo de conductas. A este respecto, parece bastar que el terapeuta los instruya en “este sábado por la noche quiero que salgas con tus amigos cuando te llamen” para que la respuesta tenga lugar; algo que no ocurría los anteriores sábados por la noche cuando los amigos los llamaban. Ante este hecho, por tanto, no podemos decir que lo que ha discriminado la respuesta de un cliente sea el hecho de que sea sábado por

la noche, ni la llamada de los amigos, porque quizá ambos estímulos ocurren cada semana, sino más bien ha sido la instrucción la que ha discriminado la respuesta del cliente.

Sin embargo, ante tal afirmación, algunos autores podrían criticar que para que las instrucciones emitidas por el terapeuta tengan función discriminativa tiene que haber ensayos de condicionamientos en los que se haya reforzado seguir instrucciones de forma contingente ante la presencia de éstas. Una crítica que, si bien puede tener lógica desde la definición de estímulo discriminativo, puede ser rebatida con dos argumentos diferentes: por un lado, debido a la frecuencia con la que los humanos estamos expuestos a instrucciones y aprendemos a través de ellas, no es necesario un ensayo de condicionamiento que asocie cada instrucción que recibimos a lo largo de nuestra vida con las consecuencias por seguirla, sino que las instrucciones adquieren función de estímulo discriminativo, independientemente de la respuesta que prescriben e independientemente de quién la emita. Esto es, se establecen como una operante generalizada. Según esta idea, por tanto, las instrucciones del terapeuta tienen función discriminativa por la historia de seguimiento de instrucciones y el seguimiento de éstas puede ser reforzante en sí mismo para los clientes.

Sin embargo, por otro lado, si nos basamos en la definición exacta de estímulo discriminativo y teniendo en cuenta los resultados del segundo estudio donde se obtuvo que los terapeutas instruyen y refuerzan el cumplimiento desde la primera sesión, podríamos decir que quizá en la primera sesión la instrucción no se podría considerar un estímulo discriminativo, pero que a partir de la segunda sí debería ser considerada como tal por su emparejamiento con el refuerzo del terapeuta. Por lo que las instrucciones emitidas por los terapeutas no serían un estímulo discriminativo en sí, sino que dependería de si el seguimiento previo de éstas ha sido reforzado.

Volviendo al criterio temporal, algunos autores consideran que existe una alternativa a esta función y que se basa en que las instrucciones alteran las funciones de otros estímulos, convirtiéndolos en discriminativos. Siguiendo esta idea, las instrucciones del terapeuta no discriminaría el comportamiento instruido, sino que dotarían a otros estímulos con tal función. Por ejemplo, instruir a un cliente en que practique la relajación cuando se pone nervioso no discriminaría tal comportamiento, sino que alteraría la función de “estar nervioso”, convirtiéndolo en un estímulo discriminativo que evoca la respuesta de practicar la respiración. Bajo nuestra perspectiva, existen dos argumentos en contra de este planteamiento: primero, consideramos para considerar “estar nervioso”

como un discriminativo, tendría que haber un ensayo previo en el que se refuerce la conducta de practicar la respiración ante tal estado, ya que, a diferencia de lo que ocurre con el seguimiento de instrucciones, practicar la respiración no es una operante generalizada con una historia previa de reforzamiento contingente. Y, en segundo lugar, y como resultado del primer estudio, las instrucciones emitidas por los terapeutas no suelen incluir *Situación específica*, esto quiere decir que un ejemplo de instrucción típica emitida por los terapeutas sería “esta semana quiero que te espongas dos veces al metro”, por lo que, al no haber mención a ningún estímulo concreto que “alterar”, ninguno puede adquirir la función discriminativa. Por consiguiente, atendiendo a que la mayoría de instrucciones se cumplen, la opción más parsimoniosa es pensar que la instrucción del terapeuta discrimina tal comportamiento.

Sin embargo, aunque nuestros resultados nos llevan a interpretar que las instrucciones del terapeuta tienen una función discriminativa sobre la conducta del cliente, no es incompatible con que puedan estar ocurriendo otros procesos de aprendizaje como consecuencia del seguimiento de éstas. Por ejemplo, basándonos en los resultados del primer estudio, donde se observó que las instrucciones son menos frecuentes y se hacen menos precisas según avanza el tratamiento, podríamos hipotetizar que fruto del aprendizaje, otros estímulos podrían estar evocando las respuestas del cliente que en un primer momento discriminaban los terapeutas mediante instrucciones. De este modo, un terapeuta podría instruir al cliente en “quiero que le hagas una crítica asertiva esta semana a una persona de tu entorno”, discriminando tal respuesta en el cliente, pero, posteriormente, fruto del refuerzo del terapeuta y del contacto con las contingencias naturales – comprobar que la persona a quien hace la crítica no se enfada, el sentimiento de bienestar por haber manifestado una crítica, etc. – otros estímulos podrían adquirir la función discriminativa de esa respuesta, por ejemplo, ver a un amigo al que quiero hacerle una crítica.

Así, bajo nuestra perspectiva, el hecho de que las personas estemos condicionadas por nuestra historia de aprendizaje a seguir instrucciones, unido a que los terapeutas instruyen en tareas terapéuticas que se cumplen, y cuyo seguimiento es reforzado – o castigado el incumplimiento –, son motivos suficientes para inclinar la balanza en la conceptualización de que las instrucciones emitidas por el terapeuta ejercen función discriminativa sobre la respuesta del cliente, por lo que descartar esta concepción basada



únicamente en un criterio temporal obvia unos resultados que, a nuestro parecer, son reveladores.

#### **4. LAS INSTRUCCIONES COMO VERBALIZACIONES IMPERMEABLES AL PASO DEL TIEMPO**

Un resultado llamativo obtenido del último estudio fue la ausencia de diferencias significativas entre los terapeutas expertos e inexpertos en las variables analizadas a la hora de instruir y revisar el cumplimiento de las tareas. Este hecho nos lleva a plantearnos la hipótesis de que esta labor del terapeuta es la que menos se moldea por la experiencia clínica y, por lo tanto, la que menos cambia a lo largo de los años. Aunque este resultado vaya en contra de lo esperado, es interesante porque podría indicar que las diferencias entre terapeutas podrían encontrarse en otros elementos, permitiendo, por lo tanto, establecer nuevas investigaciones sobre el tema.

Desde nuestra perspectiva, la frecuencia con la que estamos expuestos a instrucciones – órdenes, sugerencias, prescripciones, etc. – podría provocar que las personas se conviertan en “expertas” instruyendo desde etapas muy tempranas, lo que podría estar en la base de esta supuesta impermeabilidad de las instrucciones al paso del tiempo. De hecho, mientras posiblemente encontremos dudas en una persona ajena al mundo de la psicología sobre qué es motivar, seguramente la definición de instrucción que ésta proporcione sea bastante similar a la que consideramos desde la psicología: una prescripción de una respuesta.

De este modo, si analizamos ejemplos de instrucciones concretas como “esta semana quiero que hagas un horario con las actividades que harás cada día” resulta difícil pensar cómo esta instrucción podría cambiar o hacerse más efectiva con la experiencia clínica. Del mismo modo, si nos referimos a evaluar el cumplimiento de la tarea con la pregunta “¿hiciste el horario que te pedí?”, también es difícil encontrar otra forma de revisar el cumplimiento más “experta”. Es más, incluso si analizamos la instrucción que una madre puede proporcionar a su hijo como, “cuando acabes de comer, recoge tu plato”, ésta puede ser similar “estructuralmente” – no en contenido – a la que emita un terapeuta a un cliente. Y si vamos más allá, la forma de esta madre de revisar que el hijo ha hecho lo que le ha pedido, probablemente también sea similar a la de un terapeuta cuando revisa

el cumplimiento de las tareas, por ejemplo, mediante la pregunta “¿has recogido tu plato?”.

Esta forma de actuar tanto en la instrucción como en la revisión nos hace pensar que estas conductas no admiten mucha variabilidad entre diferentes personas, ni tampoco en una misma persona en diferentes momentos temporales, tanto si usan frecuentemente o no este tipo de verbalizaciones. No obstante, como se mencionó en la discusión correspondiente, no queremos decir que no existan otros elementos en torno a las instrucciones que diferencien a los terapeutas expertos de los inexpertos, sino que estas diferencias no se encuentran en las variables analizadas en nuestro estudio y, por tanto, están aún por responder.

## 5. LIMITACIONES Y POSIBLES MEJORAS

Los resultados del presente trabajo han sido obtenidos siguiendo un método y un procedimiento sólidos para responder a las preguntas planteadas, si bien no podemos dejar de plantear algunas limitaciones que podrían ser subsanadas en estudios posteriores. Vamos a exponer algunas propuestas en este sentido.

### 5.1. Consideraciones generales:

- La muestra utilizada se centra en los casos tratados en una clínica concreta de psicología, lo que podría provocar algunos sesgos a la hora de generalizar los resultados a otros casos tratados por otros terapeutas de otros centros de psicología que, aunque tengan la misma orientación, poseen formación diferente.
- Aunque el tamaño de la muestra utilizada para todos los estudios consideramos que fue adecuado, ampliarlo siempre podría mejorar la calidad de los resultados y las conclusiones obtenidas para su generalización.
- Algunas sesiones de los casos no pudieron ser grabadas por diversos motivos, lo que impidió el estudio de las variables analizadas en éstas. Esto es más problemático, cuando se trataba de la única sesión que suele configurar la fase de *Explicación*, algo que ocurrió en algún caso.
- Aunque en todos los casos se cumplieron los objetivos terapéuticos y, por tanto, las intervenciones fueron eficaces, no se utilizan medidas estandarizadas *pre* y

*post* que pongan en relación las instrucciones y el cumplimiento con el éxito terapéutico.

- Utilizar únicamente muestra adulta también puede ser una limitación, ya que nos impide una visión más global de las instrucciones emitidas por el terapeuta cuando trata problemáticas de diferentes poblaciones que acuden a la solicitar tratamiento psicológico.
- No se tuvieron en cuenta las instrucciones proporcionadas a otras personas ajenas al cliente, por ejemplo, a un familiar o a la pareja. Esta decisión fue tomada porque las instrucciones que se les proporciona a éstos no son representativas del momento en el cual se encontraban las intervenciones. No obstante, consideramos importante que en futuros estudios se incorporen éstas y que se analicen como un “añadido” a las instrucciones proporcionadas al cliente.

### **5.2. Estudio I:**

- Una limitación es que el estudio se centra en las instrucciones a lo largo de las diferentes fases de la intervención y quizá no proporciona una visión más exhaustiva de cómo evoluciona la forma de instruir y revisar el cumplimiento de cada tarea concreta a lo largo de las sesiones; desde que se instruye por primera vez, hasta que se deja de instruir.
- En este estudio únicamente se analizaron las verbalizaciones del terapeuta, lo cual sólo permite hipotetizar los procesos de aprendizaje que pueden estar ocurriendo en el cliente, con base en éstas. Sería interesante, por tanto, analizar también cómo las verbalizaciones del cliente ante las instrucciones y sobre el cumplimiento van cambiando a lo largo de la intervención.

### **5.3. Estudio II:**

- Consideramos que analizar únicamente las secuencias más frecuentes cuando se instruye y se revisa el cumplimiento limita tener un conocimiento más amplio sobre si estas secuencias son diferentes a lo largo del tratamiento, en las diferentes fases o sesiones.
- Analizar el cumplimiento de las tareas únicamente centrado en determinadas características de cómo se instruye podría obviar otros elementos que podrían tener relación con el cumplimiento. Por ejemplo, si reforzar el cumplimiento

cuando el terapeuta revisa las tareas está relacionado con el cumplimiento posterior. Además de esto, tener en cuenta únicamente el efecto independiente de cada conducta del terapeuta sobre el cumplimiento podría limitar una visión más completa en la que diferentes conductas interaccionan para favorecerlo. Por ejemplo, estudiar la relación entre el uso de *Operación de establecimiento* y el cumplimiento probablemente sólo explique parte de éste. Sin embargo, analizar cómo influye sobre el cumplimiento que el terapeuta instruya proporcionando una *Operación de establecimiento* con la revisión del cumplimiento en el que emite un *Discriminativo de cumplimiento específico* y refuerza el cumplimiento total, quizá aporta una visión más completa del fenómeno, del efecto de la interacción.

- Aunque consideramos que las verbalizaciones del cliente son útiles para medir el cumplimiento, sería apropiado tomar en consideración el criterio del terapeuta para valorarlo.
- Dado que analizamos cómo se instruyen las tareas en una sesión y su relación con el cumplimiento, manifestado por el cliente en la siguiente sesión, puede existir un efecto residual de instrucciones en sesiones anteriores sobre la misma tarea que puede estar contaminando el cumplimiento posterior. Por ejemplo, una tarea que fue instruida en la sesión 5 y revisada en la sesión 6 puede estar contaminando la relación existente entre cómo se instruye esa tarea en la sesión 6 y el cumplimiento manifestado en la sesión 7.

#### 5.4. Estudio III:

- Una limitación que consideramos relevante en este estudio es analizar únicamente las diferencias existentes entre terapeutas expertos e inexpertos en las diferentes características de las instrucciones y no tomar en consideración las características de otras verbalizaciones que, aunque no sean instrucciones, se encuentran dentro de los bloques como, por ejemplo, las *Operaciones de establecimiento*.
- Otra limitación sería basar las diferencias entre terapeutas expertos e inexpertos en la frecuencia de emisión de ciertas conductas y no en cuándo éstos emiten cada comportamiento ante la conducta del cliente.
- Y, por último, cabría resaltar que no hemos analizado otros comportamientos que tienen relación con el proceso de instruir y revisar el cumplimiento de las tareas como, por ejemplo, la organización de las sesiones, si dejan o no tareas sin revisar,

si las tareas instruidas son pertinentes según el análisis funcional del caso y las técnicas de intervención a utilizar, etc.

## 6. PERSPECTIVAS FUTURAS

Los estudios presentados en la presente tesis doctoral únicamente representan algunas de las preguntas que nos planteamos referentes a las instrucciones. Debido a que se trata de un tema relevante en psicología clínica, consideramos que existen muchas posibilidades de futuros estudios, tanto derivados de las interpretaciones de los resultados obtenidos, así como relacionados con otras cuestiones que no son abordadas. A continuación, se presentan una serie de posibilidades sobre ello:

- Sería interesante analizar cómo son las instrucciones en otros contextos diferentes al contexto clínico, como el educativo o laboral, para ver si, efectivamente, los resultados obtenidos pueden ser replicables. Incluso sería interesante analizarlo también en contextos no formales como, por ejemplo, cómo instruye una madre a un hijo y el efecto sobre éste.
- Relacionado con el anterior, también convendría analizar cómo son las instrucciones emitidas por diferentes profesionales y la revisión del cumplimiento: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, médicos, etc.
- Analizar las diferencias existentes en la forma de instruir y revisar el cumplimiento de las tareas terapéuticas entre las diferentes orientaciones de la psicología clínica: humanista, psicoanalista, gestáltica, etc.
- Realizar estudios experimentales en los tratamientos psicológicos donde se introduzcan manipulaciones sobre la forma de instruir y revisar el cumplimiento para ver su efecto sobre éste. De este modo, podríamos hablar de causalidad y no únicamente de relaciones entre variables.
- Estudiar la forma de instruir y revisar el cumplimiento atendiendo a los diferentes tipos de tareas: autorregistros, ensayos de conducta, actividades reforzantes, etc., así como ver la evolución de cada uno de ellos a lo largo de las diferentes sesiones, desde cuando se instruye por primera vez, hasta que se deja de instruir totalmente. Esto nos proporcionaría información sobre la

curva de aprendizaje de cada tarea, es decir, el tiempo aproximado que una persona requiere para adquirir una determinada respuesta.

- Sería interesante incluir un estudio de la verbalización del cliente sobre las contingencias naturales tras realizar la tarea instruida para analizar si éstas controlan el comportamiento del cliente, además de las instrucciones y las contingencias introducidas por los terapeutas. Por ejemplo, incluir que el cliente cambia sus verbalizaciones de “el sábado salí, como me mandaste y me agobié mucho” a “el sábado salí y me lo pasé genial” podría proporcionarnos información interesante sobre los procesos de aprendizaje que hipotetizamos que ocurren durante los tratamientos psicológicos.

## **7. CONCLUSIÓN GENERAL (VERSIÓN EN CASTELLANO)**

Consideramos que el trabajo presentado representa una propuesta interesante al estudio de los procesos que ocurren durante las intervenciones psicológicas, aportando una visión sólida y fundamentada de una actividad frecuente durante el desarrollo de los tratamientos psicológicos y que, a nuestro parecer, se aborda en la literatura científica de una forma que resulta insuficiente para darle respuesta.

Las aportaciones que ofrece esta línea de investigación no sólo permiten poner de relieve que las conclusiones obtenidas en los estudios de laboratorio son importantes y aplicables a las investigaciones en el campo clínico, sino que también ponen el énfasis en la idea que sustenta nuestra línea de investigación: la importancia de que los terapeutas no basen sus prácticas únicamente en las investigaciones de psicología clínica, sino también en los estudios derivados del análisis experimental de la conducta. De este modo, consideramos que limitar el quehacer clínico a los resultados de los estudios que analizan la eficacia de las intervenciones y las aplicaciones de las técnicas en concreto, no sólo obvia las implicaciones para la clínica de los resultados obtenidos en laboratorio, sino que ignora un hecho esencial de nuestro campo de trabajo, los principios de aprendizaje que sustentan el éxito terapéutico.

Por otro lado, una aportación que es remarcable del presente trabajo es su intento de unir dos campos relevantes en la psicología clínica: el de los procesos, mediante el análisis de cómo instruyen y revisan las tareas los terapeutas, y el de los resultados,

analizando el cumplimiento manifestado por el cliente. A pesar de las limitaciones que se expusieron previamente, consideramos que no deja de ser un paso más que abre una línea de trabajo interesante en la que, sin duda, queda mucho por avanzar.

Finalmente, y a nuestro parecer lo más importante, cabe destacar la relevancia clínica de nuestro trabajo, que intenta huir de constructos generales y se centra en comportamientos concretos que el terapeuta lleva a cabo durante los tratamientos psicológicos. Esto no es sólo relevante porque permite un análisis más exhaustivo del fenómeno a estudiar, sino porque facilita una operativización de conductas a llevar a cabo por el terapeuta para favorecer la ocurrencia de ciertos comportamientos en el cliente.

## **8. GENERAL CONCLUSION (ENGLISH VERSION)**

From our point of view, the present work is an interesting approach to the processes research that occur during the psychological treatments. Specifically, this work contributes to a solid and grounded view of one of the most frequent therapists' tasks during the development of psychological treatments, which in our opinion has been insufficiently addressed in order to answer these questions.

The contributions of this research line allows us to highlight that the main findings of experimental psychology are relevant and applicable for the research in the clinical field. Additionally, these findings emphasize the most important idea behind our line of study: therapists must base their practices on experimental behavior analysis and not only on the clinical field research. From our perspective, basing the clinical work only on the treatments effectiveness research obviates the clinical application of laboratory findings, but also ignores the learning principles that underlie clinical change.

Likewise, a remarkable contribution of the present dissertation is the effort to join two significant fields for clinical psychology: the processes research through the analysis of how therapists instruct and review the compliance of the homework, and the results research through the analysis of homework compliance reported by the clients. Despite the suggested limitations, we consider that our work constitutes a further step in a research line in which there is a long way to go.

Finally, the most important contribution of our work is the clinical relevance of the findings that have tried to avoid the use of general constructs and are focused on concrete behaviors of the therapists throughout the psychological treatments. This fact allows a more exhaustive analysis of the phenomenon, but also provides an operational view of the behavior to be carried out by the therapist to promote the occurrence of certain behaviors in the client.



## REFERENCIAS

- Ader, R. y Tatum, R. (1961). Free-operant avoidance conditioning in human subjects. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 4(3), 275-276.
- Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (2000). A closer look at the treatment rationale and homework compliance in cognitive-behavioral therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 313-326.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Alessandri, J. y Cançado, C. R. (2017). The effects of instructions on the sensitivity of negatively reinforced human behavior to extinction. *Behavioural Processes*, 136, 50-53.
- Amigó, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud* (3ª ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285.
- Arismendi, M. y Yorio, A. (2015). Clases de equivalencia e insensibilidad a las contingencias: Secuencia de aprendizaje por instrucciones y por contingencias. *Acta Comportamental*, 23(4), 375-390.
- Ayllon, T. y Azrin, N. H. (1964). Reinforcement and instructions with mental patients. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 7(4), 327-331.
- Azrin, N. H. y Holz, W. C. (1966). Punishment. In W. K. Honig (Ed.), *Operant behavior: Areas of research and application*. (pp. 390-477). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Badgio, P. C., Halperin, G. A. y Barber, J. P. (1999). Acquisition of adaptive skills: Psychotherapeutic change in cognitive and dynamic therapies. *Clinical Psychology Review*, 19, 721–737.
- Baer, D. M. y Sherman, J. A. (1964). Reinforcement control of generalized imitation in young children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 1(1), 37-49.
- Bakeman, R. (2000). Behavioural observation and coding. En H. T. Reis y C. M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 138-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bakeman, R. y Quera, V. (1994). *Analyzing interaction: sequential analysis with SDIS and GSEQ*. Melbourne: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Baron, A. y Galizio, M. (1983). Instructional control of human operant behavior. *The Psychological Record*, 33(4), 495-520.
- Baron, A. y Kaufman, A. (1966). Human, free-operant avoidance of “time out” from monetary reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 9(5), 557-565.
- Baron, A., Kaufman, A. y Stauber, K. A. (1969). Effects of instructions and reinforcement feedback on human operant behavior maintained by fixed-interval reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 12(5), 701-712.
- Basterra, M. (1999). El cumplimento terapéutico. *Pharm care esp*, 1, 97-106.
- Beck, A. T. y Haaga, D. (1992). *The future of cognitive therapy*. *Psychotherapy*, 29, 34–38.

- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Becker, M. H. (1979). Understanding patient compliance: the contributions of attitudes and other psychosocial factors. En S. Cohen (Ed.), *New directions in patient compliance* (pp. 1-31). Lexington, MA: Lexington Books.
- Berenguer, G. y Quintanilla, I. (1994). La imagen de la Psicología y los psicólogos en el estado español. *Papeles del Psicólogo*, 58, 41-68.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. y Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Ed), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4ª ed., pp. 229-270). Nueva York: Wiley.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. y Wong, E. (2004). Therapist Variables. En M. J. Lambert (Ed), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5ª ed., pp. 227-306). Nueva York: Wiley.
- Bijou, S. W. y Baer, D. M. (1966). Operant methods in child behavior and development. En W. H. Honing (Ed.), *Operant behavior*. Nueva York: Appleton Century Crofts.
- Blanchard, E. B., Nicholson, N. L., Radnitz, C. L., Steffek, B. D., Appelbaum, K. A. y Dentinger, M. P. (1991). The role of home practice in thermal biofeedback. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 507-512.
- Blanco, C., Clougherty, M. S. W., Lipsitz, J., Mufson, L. y Weissman, M. M. (2006) Homework in interpersonal psychotherapy (IPT): Rationale and practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16, 201-218.
- Braem, S., Liefoghe, B., De Houwer, J., Brass, M., Abrahamse, E. L. y Braem, S. (2017). There Are Limits to the Effects of Task Instructions: Making the automatic effects of task instructions context-specific takes practice. *Journal of experimental psychology. Learning, memory, and cognition*, 43(3), 394-403.
- Brodley, B. T. (2006) Client-initiated homework in client-centered therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16, 140-161.
- Bryant, M. J., Simons, A. D. y Thase, M. E. (1999). Therapist skill and patient variables in homework compliance: Controlling an uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Cognitive Therapy and Research*, 23(4), 381-399.
- Buijs, M. y Admiraal, W. (2013). Homework assignments to enhance student engagement in secondary education. *European journal of psychology of education*, 28(3), 767-779.
- Burns, D. D. (1989). *The feeling good handbook*. New York: William Morrow
- Burns, D. D. y Auerbach, A. H. (1992). Does homework compliance enhance recovery from depression? *Psychiatric Annals*, 22(9), 464-469.
- Burns, D. D. y Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: a structural equation model. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(3), 441-449.
- Busch, A. M., Callaghan, G. M., Kanter, J. W., Baruch, D. E. y Weeks, C. (2010). The functional analytic psychotherapy rating scale: A replication and extension. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(1), 11-19.
- Buskist, W. F. y Miller, H. L. (1986). Interaction between rules and contingencies in the control of human fixed-interval performance. *The Psychological Record*, 36, 109-116.

- Brewer, W. F. (1974). There is no Convincing Evidence for Operant of Classical Conditioning in Adult Humans, en W. B. Weimer y D. S. Palermo (dirs.), *Cognition and the Symbolic Processes*. (pp. 1-42). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Calero, A. (2009). *Análisis de la interacción entre terapeuta y cliente durante la aplicación de la reestructuración cognitiva*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Calero, A., Froján, M. X., Ruiz, E. M. y Alpañés, M. (2013). Descriptive study of the socratic method: evidence for verbal shaping. *Behavior therapy*, 44(4), 625-638.
- Calero, A., Froján, M. X., Ruiz, E. M. y Vargas, I. (2011). Conducta verbal de terapeutas y pacientes durante la aplicación de los distintos componentes de la reestructuración cognitiva. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 133-150.
- Callaghan, G. M. (1998). Development of a coding system for functional analytical psychotherapy for the analysis of the components effecting clinical change. *Dissertation Abstracts International*, 59(09), 5073B. (UMI No. 9907753)
- Callaghan, G. M., Summers, C. J. y Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical improvement using functional analytic psychotherapy. *Journal of contemporary psychotherapy*, 33(4), 321-339.
- Carpio, C., Pacheco, V., Canales, C., Morales, G. y Rodríguez, N. (2014). Intelligent and creative behavior: effects of different types of instructions. *Suma Psicológica*, 21(1), 36-44.
- Castonguay, L. G., Hayes, A. M., Goldfried, M. R. y DeRubeis, R. J. (1995). The focus of therapist interventions in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 19(5), 485- 503.
- Catania, A.C. (1984). *Learning*. Second edition. NJ: Prentice Hall.
- Catania, A. C., Matthews, B. A. y Shimoff, E. H. (1990). Properties of rule-governed behaviour and their implications. En Blackman, D. E. y Lejeune, H (Eds.), *Behavior analysis in theory and practice: Contributions and controversies* (pp. 215-230). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Cerutti, D. T. (1989). Discrimination theory of rule-governed behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 51(2), 259-276.
- Cerutti, D.T. (1994). Compliance with instructions: Effects of randomness in scheduling and monitoring. *The Psychological Record*, 44, 259-269.
- Cheyne, J. A. y Walters, R. H. (1970). Punishment and prohibition: some origins of self-control. En T. M. Newcomb (Ed.), *New directions in psychology IV*. (pp. 281-366). New York: Holt, Rinehart & Winston, 1970.
- Clarke, A. T., Marshall, S. A., Mautone, J. A., Soffer, S. L., Jones, H. A., Costigan, T. E., Patterson, A., Jawad, A. F. y Power, T. J. (2015). Parent attendance and homework adherence predict response to a family–school intervention for children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 58-67.
- Conklin, L. R. y Strunk, D. R. (2015). A session-to-session examination of homework engagement in cognitive therapy for depression: Do patients experience immediate benefits? *Behaviour research and therapy*, 72, 56-62.
- Cronin, T. J., Lawrence, K. A., Taylor, K., Norton, P. J. y Kazantzis, N. (2015). Integrating between-session interventions (homework) in therapy: The importance

- of the therapeutic relationship and cognitive case conceptualization. *Journal of clinical psychology*, 71(5), 439-450.
- Conoley, C. W., Padula, M. A., Payton, D. S. y Daniels, J. A. (1994). Predictors of client implementation of counselor recommendations: Match with problem, difficulty level, and building on client strengths. *Journal of Counseling Psychology*, 41(1), 3-7.
- Coon, D. W. y Gallagher-Thompson, D. (2002). Encouraging homework completion among older adults in therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58(5), 549-563.
- Cox, D. J., Tisdelle, D. A. y Culbert, J. P. (1988). Increasing adherence to behavioral homework assignments. *Journal of behavioral medicine*, 11(5), 519-522.
- Crane, C., Crane, R. S., Eames, C., Fennell, M. J., Silverton, S., Williams, J. M. G. y Barnhofer, T. (2014). The effects of amount of home meditation practice in Mindfulness Based Cognitive Therapy on hazard of relapse to depression in the Staying Well after Depression Trial. *Behaviour research and therapy*, 63, 17-24.
- Danforth, J. S., Chase, P. N., Dolan, M. y Joyce, J. H. (1990). The establishment of stimulus control by instructions and by differential reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 54(2), 97-112.
- Dattilio, F. M. (2002). Homework assignments in couple and family therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58(5), 535-547.
- Dattilio, F. M., Kazantzis, N., Shinkfield, G. y Carr, A. G. (2011). A survey of homework use, experience of barriers to homework, and attitudes about the barriers to homework among couples and family therapists. *Journal of marital and family therapy*, 37(2), 121-136.
- Deane, F. P., Glaser, N. M., Oades, L. G. y Kazantzis, N. (2005). Psychologists' use of homework assignments with clients who have schizophrenia. *Clinical Psychologist*, 9(1), 24-30.
- de Graaf, L. E., Huibers, M. J., Riper, H., Gerhards, S. A. y Arntz, A. (2009). Use and acceptability of unsupported online computerized cognitive behavioral therapy for depression and associations with clinical outcome. *Journal of affective disorders*, 116(3), 227-231.
- DeGrandpre, R. J. y Buskist, W. E. (1991). Effects of accuracy of instructions on human behavior: Correspondence with reinforcement contingencies matters. *The Psychological Record*, 41, 371-384.
- de Pascual, R. (2015). *La motivación en terapia: un análisis funcional*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- de Koning, B. B., Boonen, A. J. y van der Schoot, M. (2017). The consistency effect in word problem solving is effectively reduced through verbal instruction. *Contemporary Educational Psychology*, 49, 121-129.
- Detweiler, J. B. y Whisman, M. A. (1999). The role of homework assignments in cognitive therapy for depression: Potential methods for enhancing adherence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(3), 267-282.
- Detweiler, J. B. y Whisman, M. A. (2005). A lesson in assigning homework: Therapist, client, and task characteristics in cognitive therapy for depression. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(2), 219-223.
- DiMatteo, M. R. y DiNicola, D. D. (1982). *Achieving patient compliance: The psychology of the medical practitioner's role*. New York: Pergamon.

- Dunn, H., Morrison, A. P. y Bentall, R. P. (2002). Patients' experiences of homework tasks in cognitive behavioural therapy for psychosis: A qualitative analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(5), 361-369.
- Edelman, R. E. y Chambless, D. L. (1995). Adherence during sessions and homework in cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), 573-577.
- Eder, A. B. y Dignath, D. (2016). Influence of verbal instructions on effect-based action control. *Psychological research*, 81(2), 355-365.
- Ewart, C. K. (1993). Health promotion and disease prevention: A social action conception of compliance behavior. En L. E. Krasnegor, S. Bennet-Johnson y J. Yoffe (Eds.), *Developmental aspects of health compliance*. Nueva York: LEA.
- Fehm, L. y Kazantzis, N. (2004). Attitudes and use of homework assignments in therapy: A survey of German psychotherapists. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(5), 332-343.
- Ferrer, V. A. (1995). Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Revista Psicología de la Salud*, 7, 35-61.
- Ferster, C. B. (1953). The use of the free operant in the analysis of behavior. *Psychological Bulletin*, 50(4), 263-274.
- Follette, W. C., Naugle, A. E. y Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioural understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior therapy*, 27, 623-641.
- Foo, K. H. y Kazantzis, N. (2007). Integrating homework assignments based on culture: working with Chinese patients. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(3), 333-340.
- Fox, A. E. y Pietras, C. J. (2013). The effects of response-cost punishment on instructional control during a choice task. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 99(3), 346-361.
- Franch, J. I., Conde, V. J. M., Blanco, J. A. y Medina, G. (2001). El incumplimiento terapéutico: concepto, magnitud, factores relacionados, métodos de detección y medidas de actuación: propuesta de un programa para el hospital de día psiquiátrico. (Fecha de acceso 18 de febrero de 2004). *Interpsiquis*, 2. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/>
- Freeman, A. y Rosenfield, B. (2002). Modifying therapeutic homework for patients with personality disorders. *Journal of clinical psychology*, 58(5), 513-524.
- Froján, M. X. y Calero, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Psicología conductual*, 19(3), 659-682.
- Froján, M.X., Calero, A., Montaña, M. y Ruiz, E.M. (2011). Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico. *Clínica y Salud*, 22(1), 69-85. doi: 10.5093/cl2011v22n1a5
- Froján, M. X., Montaña, M. y Calero, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema*, 18, 797-803.
- Froján, M. X., Montaña, M. y Calero, A. (2010). Therapists' verbal behavior analysis: a descriptive approach to the psychotherapeutic phenomenon. *The Spanish journal of psychology*, 13(02), 914-926.
- Froján, M. X., Montaña, M., Calero, A., García, A., Garzón, A. y Ruiz, E. M. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema*, 20, 603-609.

- Froján, M. X., Pardo, R., Vargas, I. y Linares, F. (2011). Análisis de las reglas en el contexto clínico. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 10(1), 135-154.
- Froján M. X. y Ruiz, E. M. (2013). Análisis funcional de la interacción terapéutica. *Conductual*, 1(1), 72-92.
- Froján, M. X. y Santacreu, J. (1999). *Qué es un tratamiento psicológico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Froján, M. X., Vargas, I., Calero, A. y Ruiz, A.M. (2010). Categorización de la conducta verbal del cliente durante la reestructuración cognitiva. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36(153-154), 105-114.
- Galizio, M. (1979) Contingency-shaped and rule governed behavior: Instructional control of human loss avoidance. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 31, 53-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1901/jeab.1979.31-53>
- Garfield, S. L. (1997). Brief psychotherapy: The role of common and specific factors. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 217-225.
- Garland, A. y Scott, J. (2002). Using homework in therapy for depression. *Journal of Clinical Psychology*, 58(5), 489-498.
- Glaser, N. M., Kazantzis, N., Deane, F. P. y Oades, L. G. (2000). Critical issues in using homework assignments within cognitive-behavioral therapy for schizophrenia. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 18(4), 247-261.
- Goldfried, M. R., Raue, P. J. y Castonguay, L. G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: a comparison of cognitivebehavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 803- 810.
- Greenberg, L. S. y Warwar, S. H. (2006). Homework in an emotion-focused approach to experimental therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16, 178-200.
- Grencavage, L. M. y Norcross, J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372-378.
- Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Haas, J. R. y Greenway, D. E. (1986). Instructions, multiple schedules, and extinction: Distinguishing rule-governed from schedulecontrolled behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 46(2), 137-147.
- Haynes, R. B. (1979). *Compliance with health care*. Baltimore, U.S.: Johns Hopkins University Press.
- Hawton, K., Catalan, J. y Fagg, J. (1992). Sex therapy for erectile dysfunction: Characteristics of couples, treatment outcome, and prognostic factors. *Archives of Sexual Behavior*, 21(2), 161-175.
- Helbig, S. y Fehm, L. (2004). Problems with homework in CBT: Rare exception or rather frequent? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32(03), 291-301.
- Hellman, I. D., Morrison, T. L. y Abramowitz, S. I. (1987). Therapist experience and the stresses of psychotherapeutic work. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(2), 171-177.
- Hill, C. E. (1978). Development of a counselor verbal category system. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 461-468.

- Hill, C. E. (1986). An overview of the Hill Counselor and Client Verbal Response Modes Category Systems. En L. S. Greenberg y W. S. Pincus (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 131- 160). Nueva York: Guilford Press.
- Hill, C. E. (2005). Therapist Techniques, Client Involvement, and the Therapeutic Relationship: Inextricably Intertwined in the Process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 431- 442.
- Hoelscher, T. J., Lichstein, K. L. y Rosenthal, T. L. (1986). Home relaxation practice in hypertension treatment: Objective assessment and compliance induction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 217-221.
- Hojo, R. (2002). Effects of instructional accuracy on a discrimination task. *The Psychological Record*, 52, 493-507.
- Horvath, A. O. (2001). The Alliance. *Psychotherapy*, 38(4), 365-372.
- Hull, E. y Porter, J. R. (1943). The development and evaluation of a measure of counselling interview procedures. *Educational and Psychological Measurement*, 3, 105-125.
- Huppert, J. D., Roth L. D. y Foa, E. B. (2006). The use of homework in behavior therapy for anxiety disorders. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(2), 128-139.
- Ingram, J. A. y Salzberg, H. C. (1990). Effects of in vivo behavioral rehearsal on the learning of assertive behaviors with a substance abusing population. *Addictive behaviors*, 15(2), 189-194.
- Johnson, M. H. y Kazantzis, N. (2004). Cognitive behavioral therapy for chronic pain: Strategies for the successful use of homework assignments. *Journal of Rational-emotive and Cognitive-behavior Therapy*, 22(3), 189-218.
- Joyce, J. H. y Chase, P. N. (1990). Effects of response variability on the sensitivity of rulegoverned behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 54(3), 251- 262.
- Kaufman, A., Baron, A. y Kopp, R. E. (1966). Some effects of instructions on human operant behavior. *Psychonomic Monograph Supplements*, 7(11), 243-250.
- Kazantzis, N. (2000). Power to detect homework effects in psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 166-170.
- Kazantzis, N. y Deane, F. P. (1999). Psychologists' use of homework assignments in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(6), 581-585.
- Kazantzis, N., Deane, F. P. y Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in Cognitive and Behavioral Therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), 189-202.
- Kazantzis, N., Deane, F. P. y Ronan, K. R. (2004). Assessing compliance with homework assignments: Review and recommendations for clinical practice. *Journal of clinical psychology*, 60(6), 627-641.
- Kazantzis, N. y Lampropoulos, G. K. (2002). Reflecting on homework in psychotherapy: ¿What can we conclude from research and experience? *Journal of clinical psychology*, 58(5), 577-585.
- Kazantzis, N., Lampropoulos, G. K. y Deane, F. P. (2005). A national survey of practicing psychologists' use and attitudes toward homework in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 742-748.
- Kazantzis, N., Pachana, N. A. y Secker, D. L. (2003). Cognitive behavioral therapy for older adults: Practical guidelines for the use of homework assignments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(4), 324-332.

- Kazantzis, N. y Ronan, K. R. (2006). ¿Can between-session (homework) activities be considered a common factor in psychotherapy? *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(2), 115-127.
- Kazantzis, N., Whittington, C. y Dattilio, F. (2010). Meta-analysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: A replication and extension. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(2), 144-156.
- Kazantzis, N., Whittington, C., Zelencich, L., Kyrios, M., Norton, P. J., Hofmann, S. G. (2016). Quantity and quality of homework compliance: a meta-analysis of relations with outcome in Cognitive Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 47, 755-772.
- Kelly, P. J., Deane, F. P., King, R., Kazantzis, N. y Crowe, T. P. (2007). A taxonomy for homework used by mental health case managers when working with individuals diagnosed with severe mental illness. *Community mental health journal*, 43(6), 565-581.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationship*. Nueva York: Plenum.
- Kornblith, S. J., Rehm, L. P., O'Hara, M. W. y Lamparski, D. M. (1983). The contribution of self-reinforcement training and behavioral assignments to the efficacy of self-control therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 7(6), 499-527.
- Kroger-Costa, A. y Abreu-Rodrigues, J. (2012). Effects of historical and social variables on instruction following. *The Psychological Record*, 62(4), 691.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Lampropoulos, G. K. (2000). Evolving psychotherapy integration: Eclectic selection and prescriptive applications of common factors in therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(4), 285.
- Landis, J. R. y Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- LeFrancois, J. R., Chase, P. N. y Joyce, J. H. (1988). The effects of a variety of instructions on human fixed-interval performance. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 49(3), 383-393.
- Leahy, R. L. (2002). Improving homework compliance in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58(5), 499-511.
- Libertad, A. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista cubana de salud pública*, 30(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400008&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Lippman, L. G. y Meyer, M. E. (1967). Fixed interval performance as related to instructions and to subjects' verbalizations of the contingency. *Psychonomic Science*, 8(4), 135-136.
- Maher, M. J., Wang, Y., Zuckoff, A., Wall, M. M., Franklin, M., Foa, E. B. y Simpson, H. B. (2012). Predictors of patient adherence to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 81(2), 124-126.
- Marchena, C., Calero, A. y Galván, N. (2013). La importancia de las instrucciones del psicólogo para favorecer la adhesión terapéutica. *Clínica y Salud*, 24(2), 55-65.
- Martin, D. J., Garske, J. P. y Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic Alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438- 450.



- Martín, L. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la Psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14, 89-99.
- Martínez, H. (1991). Conducta verbal: ¿una teoría o una extensión? *Revista del colegio Oficial de Psicólogos Andalucía Occidental*, (33), 83-95.
- Martínez, H., González, A., Ortiz, A. y Carrillo, K. (1998). Aplicación de un modelo de covariación al análisis de las ejecuciones de participantes humanos en condiciones de entrenamiento y de transferencia en una tarea de discriminación condicional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30, 233-260.
- Martínez, H., Ortiz, G. y González, A. (2002). Precisión instruccional, retroalimentación y eficacia: Efectos sobre el entrenamiento y transferencia en una tarea de discriminación condicional en adultos. *Acta Colombiana de Psicología*, 8, 7-33
- Martínez, H., Ortiz, G. y González, A. (2007). Efectos diferenciales de instrucciones y consecuencias en ejecuciones de discriminación condicional humana. *Psicothema*, 19(1), 14-22.
- Martínez, H. y Ribes, E. (1996). Interactions of contingencies and instructional history on conditional discrimination. *The Psychological Record*, 46, 301-318.
- Martínez, H. y Tamayo, R. (2005). Interactions of contingencies, instructional accuracy, and instructional history in conditional discrimination. *The Psychological Record*, 5(4), 633-646.
- Masur, F. T. y Anderson, K. (1988). Adhesión del paciente al tratamiento: un reto para la psicología de la salud. *Revista latinoamericana de psicología*, 20(1), 103-126.
- Matthews, B. A., Shimoff, E., Catania, A. C. y Sagvolden, T. (1977). Uninstructed human responding: sensitivity to ratio and interval contingencies. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 27(3), 453-467.
- Mausbach, B. T., Moore, R., Roesch, S., Cardenas, V. y Patterson, T. L. (2010). The relationship between homework compliance and therapy outcomes: An updated meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 34(5), 429-438.
- Mazzullo, J. M., Lasagna, L. y Griner, P. F. (1974). Variations in interpretation of prescription instructions: the need for improved prescribing habits. *Jama*, 227(8), 929-931.
- Meindl, J. N. y Casey, L. B. (2012). Increasing the suppressive effect of delayed punishers: a review of basic and applied literature. *Behavioral Interventions*, 27(3), 129-150.
- Michael, R. L. y Bernstein, D. J. (1991). Transient effects of acquisition history on generalization in a matching-to-sample task. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 56(1), 155-166.
- Miller, J. R., Hirst, J. M., Kaplan, B. A., Reed, F. D. D. y Reed, D. D. (2014). Effects of mands on instructional control: A laboratory simulation. *The Analysis of verbal behavior*, 30(2), 100-112.
- Montaño, M. (2008). *Estudio observacional de la conducta verbal del psicólogo para el análisis del proceso terapéutico*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Montaño, M., Froján, 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.

- Morrison, R. L. y Wixted, J. L. (1989). Social skills training. En A. S. Bellack (Ed.), *A clinical guide for the treatment of schizophrenia*. (pp. 237-261). New York: Plenum Press.
- Navarick, D. J. (2014). Analysis of impulsive choice: assessing effects of implicit instructions. *Psychological Records*, 54, 505-522.
- Newman, B., Buffington, D. M. y Hemmes, N. S. (1995). Effects of schedules of reinforcement on instruction following. *The Psychological Record*, 45, 463-476.
- Newman, B., Hemmes, N. S., Buffington, D. M. y Andreopoulos, S. (1994). The effects of schedules of reinforcement on instruction following in human subjects with verbal and nonverbal stimuli. *The Analysis of Verbal Behavior*, 12, 31-41.
- Neimeyer, R. A. y Feixas, G. (1990). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy*, 21(3), 281-292.
- Neimeyer, R. A., Kazantzis, N., Kassler, D. M., Baker, K. D. y Fletcher, R. (2008). Group cognitive behavioural therapy for depression outcomes predicted by willingness to engage in homework, compliance with homework, and cognitive restructuring skill acquisition. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(4), 199-215.
- Nieto, L. y Pelayo, R. (2009). Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a esta, como objeto de la Psicología de la Salud. *Revista Académica e Institucional de la UCPR*, 85, 61-76.
- Ninness, H. A. C., Shore, T. y Ninness, S. K. (1999). Shaping and instructing performance descriptions during computer-interactive problem solving. *The Psychological Record*, 49, 629-644.
- Norcross, J. C., Alford, B. A. y DeMichele, J. T. (1992). The future of psychotherapy: Delphi data and concluding observations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 29(1), 150-158.
- O'Hora, D. y Barnes-Holmes, D. (2004). Instructional control: Developing a relational frame analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(2), 263-284.
- Okouchi, H. (1999). Instructions as discriminative stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 72(2), 205-214.
- OMS (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponible en: <http://www.amro.who.int/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. y Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. En M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5ª ed., pp. 307-390). New York, NY: Wiley.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., Ambühl, H., Willutzki, U., Botersman, J., Cierpka, M., John, D. y Davis, M. (1999). *Psychotherapists' assessments of their development at different career levels*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(3), 203-215.
- Ortiz, G. (2010). Precisión de descripciones, retroalimentación y conocimiento de la finalidad de la descripción poscontacto sobre la ejecución, elaboración y transmisión de descripciones. *Acta Comportamental*, 18(2), 189-213.

- Ortiz, G. y Cruz, Y. (2011). El papel de la precisión instruccional y la retroalimentación en la ejecución y descripciones poscontacto. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 37(1), 69-87.
- Ortiz, G., de la Rosa, E., Padilla, R., Pulido, E. y Velez, H. (2008) Efecto de la precisión e historia instruccional en la insensibilidad al cambio contingencial en tareas de igualación de la muestra de primer orden en humanos. *Acta Comportamentalia*, 16, 167-181.
- Ortiz, G. y González, V. H. (2010). Efectos de precisión y pertinencia del componente Situación de Estímulo de una descripción precontacto. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 36(1), 117-132.
- Ortiz, G., González, A., Rosas, M. y Alcaraz, F. (2006). Efectos de la precisión instruccional y la densidad de retroalimentación sobre el seguimiento instruccional, la elaboración y transmisión de descripciones en tareas de discriminación condicional. *Acta Comportamentalia*, 14, 103-130
- Ortiz, G., Pacheco, V., Bañuelos, I. y Plascencia, L. (2007). Efecto del contacto con instrucciones, la especificidad e historia instruccional en la insensibilidad al cambio contingencial en tareas de igualación de la muestra de primer orden en humanos. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 2, 107115.
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135(5), 647-652.
- Pérez, L. A. (2001). Procesos de aprendizaje de discriminaciones condicionales. *Psicothema*, 13(4), 650-658.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: Norton.
- Persons, J. B., Burns, D. D. y Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12(6), 557-575.
- Petheram, B. (1992). A survey of therapists' attitudes to computers in the home-based treatment of adult aphasics. *Aphasiology*, 6(2), 207-212.
- Podlesnik, C. A. y Chase, P. N. (2006). Sensitivity and strength: effects of instructions on resistance to change. *The Psychological Record*, 56(2), 303-320.
- Primakoff, L., Epstein, N. y Covi, L. (1986). Homework compliance: An uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Behavior Therapy*, 17(4), 433-446.
- Prochaska, J. O. (2013). Transtheoretical model of behavior change. En *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 1997-2000). Springer New York.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of selfchange of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Ribes, E. (2000). Instructions, rules, and abstraction: A misconstrued relation. *Behavior and Philosophy*, 28, 41-55.
- Ribes, E. y Martínez, H. (1990). Interaction of contingencies and rule instructions in the performance of human subjects in conditional discrimination. *The Psychological Record*, 40, 565-586.
- Rodríguez, J. (2005). Cumplimiento terapéutico del paciente y seguridad clínica. *Humanitas, Humanidades médicas*, 8, 101-110.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95- 103.

- Rosen, G.M. y Davison, G.C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification*, 27(3), 300-312
- Rosenfarb, I. S. (1992). A behaviour analytic interpretation of the therapeutic relationship. *Psychological Record*, 42, 341-354.
- Ruiz, E. (2011). *Una aproximación funcional al estudio de la interacción verbal en terapia*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Ruiz, E. M., Froján, M. X. y Calero, A. (2013). Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico. *Anales de psicología*, 29(3), 779-790.
- Russell, J. y Kazantzis, N. (2008). Medication beliefs and adherence to antidepressants in primary care. *The New Zealand Medical Journal*, 121, 14-20.
- Russell, R. L. y Stiles, W. B. (1979). Categories for classifying language in psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 86(2), 404- 419.
- Safran, J. D. y Muran, J. C. (Eds.). (1995). The therapeutic Alliance. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 1(1).
- Santibañez, P. M., Román, M. F., Lucero, C., Espinoza, A. E., Irribarra, D. E. y Müller, P. A. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26(1), 89- 98.
- Schlinger, H. y Blakely, E. (1987). Function-altering effects of contingency-specifying stimuli. *The Behavior Analyst*, 10(1), 41-45.
- Schmidt, N. B. y Woolaway-Bickel, K. (2000). The effects of treatment compliance on outcome in cognitive-behavioral therapy for panic disorder: Quality versus quantity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 13-18.
- Schoenfeld, W. N. y Cumming, W. W. (1963). Perception and behavior. *Psychology: a study of a science*, 5, 213-252.
- Shaw, B. F., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmsted, M., Vallis, T. M., Dobson, K. S., Lowery, A., Sotsky, S. M., Watkins, J. T. y Imber, S. D. (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(6), 837-846.
- Shelton, J. L. y Levy, R. L. (1981). A survey of the reported use of assigned homework activities in contemporary behavior therapy literature. *The Behavior Therapist*, 4, 13-14.
- Shelton, J. L. y Levy, R. L. (1990). Tasks in brief therapy. En R. A. Wells y V. J. Giannetti (Eds.), *Handbook of the brief psychotherapies*. (pp. 145-163). New York: Plenum.
- Shimoff, E., Catania, A. C. y Mattheus, B. A. (1981). Uninstructed human responding: Sensitivity of low-rate performance to schedule contingencies. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 36(2), 207-220.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. New York: Appleton-Century-Croft.
- Startup, M. y Edmonds, J. (1994). Compliance with homework assignments in cognitive-behavioral psychotherapy for depression: Relation to outcome and methods of enhancement. *Cognitive Therapy and Research*, 18(6), 567-579.
- Stiles, W. B. (1987). Verbal response modes as intersubjective categories. En R. L. Russell (Ed.), *Language in psychotherapy: Strategies of discovery* (pp. 131-170). Nueva York: Plenum Press.

- Stricker, G. Using homework in psychodynamic psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16, 219–237.
- Taylor, C. B., Agras, W. S., Schneider, J. A. y Allen, R. A. (1983). Adherence to instructions to practice relaxation exercises. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(6), 952-953.
- Thoresen, C. E. y Mahoney, M. J. (1974). *Behavioral Self-Control*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Tompkins, M. A. (2002). Guidelines for enhancing homework compliance. *Journal of clinical psychology*, 58(5), 565-576.
- Trenholme, I. A. y Baron, A. (1975). Immediate and delayed punishment of human behavior by loss of reinforcement. *Learning and Motivation*, 6(1), 62-79.
- Vargas, I. (2011). *Estudio de las reglas que emite el terapeuta durante la interacción clínica*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Vargas, I. y Pardo, R. (2014). El papel de la experiencia del terapeuta en la aplicación de reglas en el contexto clínico. *Conductual*, 2(3).
- Vargas, I., Pardo, R., Martínez, H. y Froján, M. X. (en prensa). Las verbalizaciones tipo regla del terapeuta a lo largo del proceso clínico. *Universitas Psychologica*.
- Verna, G. B. (1977). The effects of four-hour delay of punishment under two conditions of verbal instruction. *Child Development*, 48(2), 621-624.
- Wang, J., Sereika, S. M., Chasens, E. R., Ewing, L., Matthews, J. T. y Burke, L. E. (2012). Effect of adherence to self-monitoring of diet and physical activity on weight loss in a technology-supported behavioral intervention. *Patient preference and adherence*, 6, 221-226.
- Warren, R. y McLellarn, R. W. (1987). What do RET therapists think they are doing? An international survey. *Journal of Rational Emotive Therapy*, 5(2), 71-91.
- Weiner, H. (1964). Conditioning history and human fixed-interval performance. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 7, 383-385.
- Weiner, H. (1970). Instructional control of human operant responding during extinction following fixed-ratio conditioning. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 13, 391-394.
- Whisman, M. A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, 114(2), 248-265.
- Worthington, E. L. (1986). Client compliance with homework directives during counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 33(2), 124-130.
- Yovel, I. y Safren, S. A. (2007). Measuring homework utility in psychotherapy: Cognitive-behavioral therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder as an example. *Cognitive Therapy and Research*, 31(3), 385-399.



## ANEXO 1

# Modelo de consentimiento informado





## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### 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 200...

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. \_\_\_\_\_



## ANEXO 2

Sistema de Categorización de la  
Conducta Verbal del Terapeuta y del  
Cliente en la emisión de Instrucciones y la  
revisión del cumplimiento

(SIST-INTER-INSTR)



## ÍNDICE

1. Consideraciones sobre la definición y delimitación del término instrucción.....	4
2. Consideraciones sobre el objeto de análisis a categorizar.....	8
3. Categorización de las verbalizaciones.....	9
En la asignación de tareas (bloques de instrucciones).....	9
1. Verbalizaciones del terapeuta.	
1.1. Instrucciones.....	12
A. Formales.....	12
B. No formales.....	12
1.2. Discriminativos:	
A. Discriminativo de viabilidad.....	18
B. Discriminativo de dificultad en presente o futuro.....	18
C. Discriminativo de opinión.....	19
D. Discriminativo de ejecución en presente o futuro.....	19
E. Discriminativo de comprensión.....	19
1.3. Operación de establecimiento.....	19
2. Verbalizaciones del cliente.	
2.1. Anticipación de seguimiento de instrucciones.....	20
2.2. Anticipación de no seguimiento de instrucciones.....	20
2.3. Mostrar Aceptación.....	21
2.4. Mostrar Desacuerdo.....	21
2.5. Proporcionar información.....	22
En la revisión de tareas (bloques de revisión).....	22
1. Verbalizaciones del terapeuta.	
1.1. Discriminativos de cumplimiento.....	23
A. Específico.....	23
B. Inespecífico.....	24
C. De dificultad en pasado.....	24
D. De ejecución en pasado.....	25
1.2. Otras verbalizaciones:	
A. Refuerzo.....	25
B. Castigo.....	25
2. Verbalizaciones del cliente.	
2.1. Seguimiento de instrucciones.....	25
2.2. No seguimiento de instrucciones.....	28
2.3. Verbalización de logro.....	29
2.4. Verbalización de fracaso.....	30
2.5. Proporcionar información.....	30

1. Consideraciones sobre la definición y delimitación del término instrucción:

Consideramos instrucciones a *aquellas verbalizaciones emitidas por el terapeuta que están dirigidas a evocar respuestas operantes en el cliente fuera de sesión. Por tanto, son verbalizaciones que especifican respuestas diferidas en el tiempo, no inmediatas.*

Quedan delimitadas como instrucciones aquellas verbalizaciones en las que se especifican nuevos repertorios conductuales basados en las técnicas de modificación de conducta a poner en marcha en el contexto extra-clínico y de los que se obtendrá el cambio clínico. Del mismo modo, también se considerará instrucciones aquellas verbalizaciones en las que el terapeuta instruye al cliente a omitir ciertas respuestas no deseables.

Las características de las verbalizaciones consideradas instrucciones son:

- a. Están relacionadas con comportamientos o conductas concretas, bien sean manifiestas o encubiertas y nunca referidos a comportamientos generales que hacen relación al cambio clínico en general o a la consecución de objetivos de intervención específicos resultantes del tratamiento. Por tanto, no sería instrucciones aquellas verbalizaciones que contengan las siguientes formas verbales: empezar a cambiar, aprender a hacer, trabajar alguna habilidad, y siempre que en la interacción terapéutica se esté hablando de los objetivos terapéuticos o de todo aquello que se tendrá que modificar durante la intervención. Tampoco serán consideradas instrucciones si el comportamiento instruido por el terapeuta es ajeno a la intervención terapéutica, esto es, instrucciones que el terapeuta emite pero que no configuran las tareas principales correspondientes a las técnicas de intervención a utilizar en el caso, sino que se trata de pautas espontáneas que el terapeuta proporciona al hilo de la conversación durante la sesión.

Ejemplos:

Terapeuta: *tienes que salir, aunque no te apetezca, es la única forma...*

(Es una instrucción, se refiere a la conducta concreta de salir).

Terapeuta: *vas/vamos a aprender a relacionarte/nos de una forma más*

*adecuada durante la terapia...* (No es una instrucción, informa sobre qué van a ir trabajando en terapia).

Terapeuta: *hay/tenemos/tienes que trabajar en que aprendas a valorarte*

(No es una instrucción, informa de un objetivo terapéutico).

Terapeuta: *tenemos/tienes que empezar a cambiar esa forma de*

*enfrentarte a las situaciones sociales...* (No es una instrucción, informa sobre qué aspectos se van a ir modificando durante la intervención).



Terapeuta: *tenemos que conseguir que te enfrentes a esa situación sin que te produzca malestar...* (No es una instrucción, informa sobre lo que se va a trabajar durante el tratamiento).

- b. Tienen un carácter prescriptivo y nunca informativo sobre pautas de comportamientos. De este modo, las verbalizaciones que informan sobre las pautas o tareas a llevar a cabo introducidas a través de frases como “la tarea es...”, “la pauta es...”, “el objetivo es...”, “la idea es...” no serán consideradas instrucciones. Así mismo, las instrucciones que toman como referencia al terapeuta utilizando frases del tipo “yo en tu lugar”, “si yo fuera tú...”, etc. tampoco serán consideradas instrucciones.

Ejemplos

Terapeuta: *la idea es que nos pongamos un horario...* (no es una instrucción, informa sobre una pauta general).

Terapeuta: *la idea es que, aunque evites el ejercicio, te mantengas en el escritorio...* (no es una instrucción, informa sobre una pauta determinada).

Terapeuta: *si yo fuera tú no la llamaría...* (no es una instrucción, sino que informa sobre una pauta que el terapeuta llevaría a cabo)

- c. Son referidas a respuestas operantes relacionadas con las técnicas de intervención que el terapeuta busca promover fuera de sesión por parte del cliente y nunca a estados emocionales (respuestas condicionadas o incondicionadas), a resultados que se derivan de llevar a cabo ciertas operantes, ni a verbalizaciones que demandan al cliente “ser” de una determinada forma. En este último caso se añade como excepción cuando el terapeuta explicita una tarea terapéutica concreta.

Ejemplos:

Terapeuta: *lo que quiero es que vayas a esa fiesta, aunque no te apetezca...* (Es una instrucción).

Terapeuta: *lo que quiero es que sientas el mismo relax que sientes en los momentos en los que nada te preocupa...* (No es una instrucción).

Terapeuta: *tienes que desligarte emocionalmente de él...* (No es una instrucción, puesto que habla de un resultado y no de una respuesta operante)

Terapeuta: *sé aplicado...* (No es una instrucción a menos que se especifique una tarea terapéutica, lo que lo convertiría en una instrucción No Formal, tal y como se especifica posteriormente).

Terapeuta: *sé aplicado con el autorregistro...* (Es una instrucción porque especifica la tarea terapéutica).

- d. Generalmente están personificadas, esto es, están referidas al cliente y, por tanto, no hacen referencias a formas de comportamiento en general y sus consecuencias. De este modo, las verbalizaciones que contienen infinitivos y que dan pautas generales de comportamiento no serán categorizadas como instrucciones. No obstante, en algunas ocasiones, por el modo de expresarse del terapeuta, estas verbalizaciones están enmarcadas en el contexto del discurso del terapeuta y se refirieren al caso del cliente en particular mediante la utilización de verbos anteriormente nombrados que están personificados, el uso de información espacio-temporal o de comportamiento del cliente, previamente nombrados. Así mismo, también se considerará como instrucciones el uso de infinitivos para instruir tareas de forma recordatoria.

Ejemplos:

Terapeuta: *haz la respiración cuando te sientas así, si te ayuda...* (Es una instrucción).

Terapeuta: *tú ya sabes cómo proceder, en esos momentos, pararte y respirar...*  
(Es una instrucción porque se está refiriendo al caso concreto del cliente y no especifica consecuencias ni la importancia de dicha respuesta).

Terapeuta: *ya sabes, esta semana registrar las respuestas asertivas...* (Es una instrucción puesto que, aunque está formulado en infinitivo, recuerda una tarea al cliente).

Terapeuta: *pararse y respirar en esos momentos ayuda a sobrellevar la situación...* (No es una instrucción, aunque contiene información relevante del cliente, hace explícitas consecuencias, lo que lo convierte en una operación de establecimiento).

Terapeuta: *es importante cuando se acaba de hacer los deberes, si sobra tiempo, estudiar...* (No es instrucción, habla de formas generales de comportamientos y no referido al cliente).

Terapeuta: *Es importante tener siempre una hora sagrada para el estudio...* (No es una instrucción, habla de formas generales de comportamiento).

- e. Se refieren a conductas o comportamientos a llevar a cabo en el contexto extra-clínico.  
Ejemplos:

Terapeuta: *háblale, dile eso mismo que, si no es para volver contigo, que no te llame* (Es una instrucción, pide una respuesta en el contexto extra-clínico).

Terapeuta: *a ver, cuéntame, cómo fue y explícame porque te sientes así...*  
(No es instrucción, pide una respuesta en el contexto clínico).

En ocasiones, los terapeutas emiten dentro de sesión verbalizaciones que hacen referencia a conductas encubiertas que, aunque estén formuladas en forma de instrucción, tienen la intención de clarificar al cliente algunos elementos importantes de la intervención. Por lo tanto, no serán consideradas como instrucciones. Son verbalizaciones que suelen empezar con “tienes que tener claro”, “tienes que saber”, “tienes que entender”, etc.

Ejemplos:

Terapeuta: *eso es lo que tienes que tener claro, que no te va a llamar...* (no es una instrucción, clarifica al cliente un elemento central de la intervención).

Terapeuta: *esa idea es esencial que la tengas presente...* (no es una instrucción)

Como excepción al anterior criterio, si el terapeuta especifica la situación donde llevar a cabo la respuesta encubierta o bien si el terapeuta explicita que se trata de una tarea terapéutica, sí será considerado como una instrucción.

Ejemplos:

Terapeuta: *eso es lo que te tienes que decir en esos momentos en los que dudas, que puedes salir perfectamente sin móvil...* (es una instrucción porque el terapeuta especifica la situación en la que llevar a cabo la respuesta).

Terapeuta: *cuando vayas a fumar, piensa, a modo de autoinstrucción, que estarás reforzando la cadena...* (es una instrucción porque especifica la situación en la que poner en marcha la respuesta y, además, porque deja constancia de que se trata de una tarea terapéutica).

Esta excepción será también aplicable a aquellas verbalizaciones del terapeuta que completan el discurso del cliente y que prescriben una/s determinada/s respuesta/s.

Ejemplo:

Cliente: *es que no quiero darle más vueltas...*

Terapeuta: *ni debes...* (No será considerado una instrucción a menos que el terapeuta especifique la situación o mencione que se trata de una tarea terapéutica)

Terapeuta: *no debes pasar más tiempo dándole vueltas, te lo pongo como tarea...*  
(Es una instrucción, puesto que el terapeuta explicita que se trata de una tarea).

Del mismo modo, tampoco serán consideradas como instrucciones aquellas verbalizaciones circunstanciales que el terapeuta, fruto del discurso del cliente, prescriben determinadas respuestas, a menos que especifique explícitamente que se es una tarea terapéutica o bien que el terapeuta especifique la situación en la que llevar a cabo la respuesta.

Ejemplo:

Cliente: *estas vacaciones me quiero relajar, tengo libros pendientes, sobre todo uno que tengo muchas ganas de leer...*

Terapeuta: *pues llévatelo y aprovecha...* (No es una instrucción)

Cliente: *estas vacaciones me quiero relajar, tengo libros pendientes, sobre todo uno que tengo muchas ganas de leer...*

Terapeuta: *pues ya tenemos una tarea más, llévatelo y aprovecha...* (Es una instrucción, puesto que especifica que se trata de una tarea terapéutica).

- f. Generalmente están formuladas en tiempo presente, algunas veces en futuro, pero nunca en pasado. Algunas veces el terapeuta utiliza instrucciones en futuro que serán consideradas como tal siempre que se trate de una tarea terapéutica a llevar a cabo y no como forma de informar al cliente de un objetivo a cumplir o una tarea a llevar a cabo en algún momento de la terapia.

Ejemplos:

Terapeuta: *vas a llamar a tu compañera y te vas a disculpar...* (Es una instrucción).

Terapeuta: *la semana que viene irás al pueblo de tu marido y saludarás a tu cuñada...* (Es una instrucción, a pesar de estar formulado en futuro, hace referencia a una tarea que el cliente tiene que llevar a cabo).

Terapeuta: *tendrás que ir y aclarar las cosas en algún momento para quedarte tranquilo...* (No es una instrucción, está expresada en futuro, pero hace referencia a una tarea que el cliente tendrá que llevar a cabo en un momento futuro de la terapia).

## 2. Consideraciones sobre el objeto de análisis a categorizar:

- a. Categorizamos únicamente las verbalizaciones del terapeuta y del cliente. El lenguaje no verbal será utilizado de forma adicional para complementar el lenguaje verbal, es decir, de forma auxiliar para concretar el lenguaje verbal, si procede.
- b. Categorizaremos bloques de instrucciones definido posteriormente, que necesariamente debe incluir como mínimo una instrucción por parte del terapeuta y bloques de revisión, también definido posteriormente, que necesariamente debe incluir la verbalización del cliente en la que se hace referencia al seguimiento o no seguimiento de la tarea instruida.
- c. No serán registradas aquellas verbalizaciones que no se dan completas, a menos que sean fácilmente entendibles y siempre que el terapeuta no vuelva a incidir en ello posteriormente. En el caso de que el terapeuta emita una instrucción incompleta y posteriormente la vuelva a instruir, no se registrará la primera.

Del mismo modo, si el terapeuta da una instrucción errónea que posteriormente rectifica, no se considerará instrucción.

3. Categorización de las verbalizaciones (cuadro resumen):

<p>En la asignación de tareas (bloques de instrucciones)</p> <p><i>Indicar si el bloque contiene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación específica</li> <li>• Ejemplificación</li> <li>• Instrucción por escrito</li> <li>• Práctica dentro de sesión</li> </ul>	Verbalizaciones del terapeuta	Instrucciones	Instrucción formal
			Instrucción no formal
		Discriminativos	De viabilidad De dificultad en presente o futuro De opinión De ejecución en presente o futuro De comprensión
	Otras verbalizaciones	Operación de Establecimiento	
	Verbalizaciones del cliente	Anticipación de seguimiento de instrucciones Anticipación de no seguimiento de instrucciones Mostrar Aceptación Mostrar Desacuerdo Proporcionar información	

<p>En la revisión de tareas (bloques de revisión)</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento total</li> <li>• Seguimiento parcial</li> <li>• No seguimiento</li> </ul>	Verbalizaciones del terapeuta	Discriminativos de cumplimiento	Específico Inespecífico De dificultad en pasado De ejecución en pasado
		Otras verbalizaciones	Refuerzo Castigo
	Verbalizaciones del cliente	Seguimiento de instrucciones Total Seguimiento de instrucciones Parcial No seguimiento de instrucciones Verbalización de logro Verbalización de fracaso Proporcionar información	

**En la asignación de tareas (bloques instruccionales):**

Categorizamos **bloques instruccionales** como categoría evento. Dentro de cada bloque se incluirán aquellas categorías que suelen darse en la asignación de tareas y que están recogidas en el presente sistema. Dentro de éstas, al **menos una** debe ser una instrucción.

El **inicio** del bloque tiene lugar cuando se emite una primera instrucción o, en el caso de que ocurra, cuando el terapeuta, antes de la instrucción, emita una verbalización categorizada como Operación de Establecimiento y que esté relacionada con la instrucción. Así mismo, si entre esta categoría y la instrucción el terapeuta emite una de las siguientes verbalizaciones: discriminativo de viabilidad, discriminativo de dificultad en presente o futuro, discriminativo

de opinión, discriminativo de ejecución en presente o futuro, discriminativo de comprensión, también será registrada.

Por otro lado, consideraremos el **fin** del bloque instruccional cuando se den las siguientes situaciones:

1. Cuando se introduce un tema diferente al tratado.
  - 1.2. El terapeuta habla de otro tema: pregunta sobre el cumplimiento de otra tarea (discriminativos de cumplimiento), instruye sobre otra tarea diferente o proporciona información sobre otro tema ajeno a la/s instrucción/es dada/s.
  - 1.3. El cliente emite una verbalización que no es acorde a la instrucción o a lo que se está hablando en relación a la instrucción, bien sea a través de una categoría del presente sistema, por ejemplo: solicita información, proporciona información, verbalización de logro, verbalización de fracaso, etc. o bien a través de otras categorías no consideradas en el mismo.
2. Cuando aun tratando el mismo tema el cliente y el terapeuta se introducen en un discurso que pierde el carácter instruccional y que no aporta información relevante para la/s tarea/s:
  - 2.6. El cliente empieza a contar un episodio determinado en relación a la tarea instruida, esto es, Proporciona información sobre un acontecimiento relacionado con la instrucción y el terapeuta actúa contingentemente castigando, reforzando, emitiendo una Operación de Establecimiento.
  - 2.7. El terapeuta, tras una verbalización del cliente de asentimiento o de Mostrar aceptación o desacuerdo, emite verbalizaciones con el objetivo de reestructurar el discurso del cliente: Operaciones de Establecimiento, castigo, discriminativos diferentes a los recogidos en los bloques de instrucciones o bien pasa a llevar a cabo una práctica dentro de sesión de la tarea instruida.

En ambos casos, si al finalizar el bloque el cliente muestra una verbalización del tipo: mostrar aceptación, mostrar desacuerdo, proporcionar información, anticipación de seguimiento de instrucciones o anticipación de no seguimiento de instrucciones, será registrada fuera del bloque instruccional.

No obstante, el bloque **se extenderá** hasta el fin del mismo, siguiendo el mismo criterio, si el terapeuta sigue instruyendo en lo mismo sin cambiar el discurso a pesar de verbalizar discriminativos y de haber respuestas del cliente de asentimiento, de Mostrar aceptación o desacuerdo. Este criterio no será aplicable cuando el cliente muestra una verbalización de Anticipación o No Anticipación de seguimiento de instrucciones que siempre se registrará, marcando el fin del mismo.

Por otro lado, las verbalizaciones irrelevantes que no aportan nada al bloque instruccional ni cambian su carácter no serán registradas ni se tendrán en cuenta.

Cada bloque contiene **una o más instrucciones** que hacen referencia a **una misma tarea terapéutica**. La especificación del terapeuta sobre la forma de llevar a cabo la tarea instruida será considerada como parte de la instrucción siempre que ocurra de forma contigua a ésta.

Ejemplo:

Terapeuta: *utiliza la respiración. Respira utilizando los intervalos 3-2-5...* (La segunda parte se considera parte de la instrucción, puesto que especifica la forma de llevar a cabo la respuesta instruida).

Hay que tener en cuenta que, si el terapeuta instruye diferentes tareas terapéuticas, se abrirán otros bloques y, por tanto, las nuevas instrucciones irán registradas en bloques diferentes. Por otro lado, cuando el terapeuta instruye en llevar a cabo un determinado comportamiento u otro ante una determinada situación, únicamente se registrará como una sola instrucción.

Ejemplos:

Terapeuta: *en esas situaciones en las que ya dices que no puedes más, pues ahí, pararte, decirte “ya, basta”, distraerte mirando las cosas de tu alrededor y continuar haciendo lo que estabas haciendo...*

Cliente: *vale...*

Terapeuta: *pero no quiero que te vuelvas a casa si estás nerviosa, bajo ningún concepto...* (Es una instrucción en un mismo bloque que hace referencia a una misma tarea, exponerse cuando se encuentra mal. La verbalización del cliente no se registra).

Terapeuta: *entonces, esta semana quedamos en que te expongas al coche y al autobús...*

Cliente: *vale, el coche y el autobús*

Terapeuta: *después, también quiero que salgas con Jorge, donde queráis, el caso es que hagas un plan y te diviertas...* (Son dos instrucciones que hacen referencia a dos tareas diferentes, por lo que se registran separados en dos bloques por la verbalización del cliente, que se registra).

Terapeuta: *pero exponete, no lo dejes para otro momento...*

Cliente: *sí, sí, lo haré...*

Terapeuta: *así que no lo dejes, mañana mismo, empieza a exponerte...* (Son dos instrucciones que hacen referencia a una misma tarea, pero en dos bloques instruccionales diferentes separados por la verbalización del cliente, que se registra, ya que es una verbalización de anticipación de seguimiento de instrucciones).

Terapeuta: *pero exponete, no lo dejes para otro momento...*

Cliente: *vale...*

Terapeuta: *así que no lo dejes, mañana mismo, empieza a exponerte...* (Las verbalizaciones indicadas hacen referencia a la misma instrucción y a una misma tarea, en un mismo bloque instruccional. La verbalización del cliente no se registra, al ser una verbalización de Mostrar Aceptación).

Terapeuta: *cuando empieces a pensar, para el pensamiento o distráete...* (Es una única instrucción que hace referencia a una tarea).

Cliente: *ahá...*

Podemos encontrar las siguientes categorías dentro del bloque instruccional:

1. Verbalizaciones del terapeuta:

1.1. Instrucciones:

A. Instrucción formal:

Instrucciones formuladas de forma precisa y que delimita claramente la respuesta operante a llevar a cabo por el cliente.

Ejemplo:

Terapeuta: *si te sientes nervioso, ponte a respirar como vimos...*

A. Instrucción no formal:

Son aquellas instrucciones formuladas de forma vaga e informativa. En ocasiones estas instrucciones están formuladas en forma de sugerencia, consejo o simplemente informan sobre la posibilidad de llevar a cabo ciertas conductas. Por tanto, se tratan de instrucciones que son ambiguas en cuanto a papel como instrucciones.

Ejemplos:

Terapeuta: *te recomiendo que te tomes esta semana para pensártelo...*

Terapeuta: *te sugiero que te tomes esta semana para pensártelo...*

Terapeuta: *te aconsejo que te quites esa espinita preguntándole...*

Terapeuta: *puedes utilizar la parada de pensamiento, o la distracción...*

También serán consideradas como instrucciones no formales, las instrucciones que se formulan en términos condicionales, aunque estén referidas a información específica del cliente. Es importante diferenciar estas instrucciones de aquellas instrucciones en la que el terapeuta utiliza condicionales para introducir una situación hipotética en la cual el cliente tiene que llevar a cabo una/s respuesta/s instruida/s, las cual se consideran como instrucciones formales con situación específica.

Ejemplos:

Terapeuta: *si te quieres sentir seguro, tienes que hacer todo lo que sabes y que estás practicando entre sesiones... (Instrucción no formal).*

Terapeuta: *si te apetece, llámala... (Instrucción no formal).*



Terapeuta: *si te empiezan a venir los pensamientos que dices, utiliza la parada de pensamiento...* (Instrucción formal, el condicional introduce una situación específica).

Así mismo, serán consideradas instrucciones no formales aquellas instrucciones que, a pesar de estar formulada de forma precisa, no especifican la conducta.

Ejemplos:

Terapeuta: *acuérdate de hacer las tareas...*

Terapeuta: *tienes que pensar diferente sobre ese tema cuando te encuentres así...*

Terapeuta: *controla los pensamientos...*

Por otro lado, las instrucciones que tienen el objetivo de recordar tareas, pero que no mencionan la acción, sino únicamente la tarea, serán consideradas como instrucciones no formales. En estos casos, será una excepción cuando, a pesar de que no menciona la respuesta a poner en marcha, el terapeuta escenifica la forma de proceder con la tarea instruida.

Ejemplos:

Terapeuta: *y ya sabes, ahí, parada de pensamiento...* (instrucción no formal).

Terapeuta: *y ya sabes, ahí, parada de pensamiento: ¡basta, no voy a pensar, me voy a concentrar!* (en este caso es formal, puesto que escenifica la forma de proceder con la tarea).

Terapeuta: *esta semana... esto...* (señalando el autorregistro)

Finalmente, serán consideradas como instrucciones no formales las instrucciones que se proporcionan de forma coloquial o las instrucciones que hacen referencia a “ser” de una determinada forma, siempre que en ambos casos el terapeuta esté refiriéndose a una tarea concreta.

Ejemplos:

Terapeuta: *punto y final al contacto con ella...*

Terapeuta: *sé sistemático con el autorregistro...*

Terapeuta: *sé insistente con la relajación...*

### Consideraciones sobre las instrucciones de respuesta:

Cuando el cliente pregunta sobre si debe llevar a cabo una tarea determinada y el terapeuta contesta con un “sí” o con una frase corta, ésta será considerada una instrucción a pesar de no

tener forma de instrucción. El tipo de instrucción será determinada por la formulación de la tarea por parte del cliente.

Ejemplos:

Cliente: *¿esta semana sigo haciendo el autorregistro?*

Terapeuta: *sí...* (Será registrada como una instrucción formal, ya que el cliente formula una tarea específica y, además, menciona la respuesta operante)

Cliente: *¿y esto?* (señalando el autorregistro)

Terapeuta: *sí...* (Será registrada como una instrucción no formal, puesto que no se especifica la tarea ni la respuesta operante a llevar a cabo).

Cliente: *¿y el autorregistro también?*

Terapeuta: *sí...* (Será registrada como una instrucción no formal, ya que el cliente menciona la tarea, pero no menciona la respuesta operante).

### Consideraciones sobre la evolución de la formalidad de las instrucciones.

Cuando el terapeuta emite una instrucción categorizada como No formal pero seguidamente la hace Formal, se considerará como formal. Del mismo modo, si el terapeuta emite una instrucción Formal y seguidamente emite la misma instrucción de forma No formal, será considerada como Formal.

Ejemplos:

Terapeuta: *ya sabes, respiración... si te sientes nervioso, ponte a respirar...*

(La instrucción se inicia como una instrucción No formal, pero el terapeuta la especifica más, por lo que la instrucción entera será considerada como Formal)

Terapeuta: *deja de tener contacto con ella, no la llames... es decir, punto y final al contacto con ella...* (La instrucción se inicia como Formal y posteriormente finaliza como Formal, pero puesto que se dan de forma seguidas, se considerará como una instrucción Formal).

### Consideraciones sobre la formalidad y características de los bloques instruccionales:

Al igual que las instrucciones, los bloques instruccionales también puede ser considerados Formales o No Formales. Consideraremos que un bloque instruccional es Formal si contiene al menos una instrucción considerada Formal, y No Formal si la/s instrucciones que incluye son No Formal/es.

Además, el bloque instruccional puede llevar asociado alguno de los siguientes modificadores siempre que, dentro del bloque, en las instrucciones o en Operaciones de Establecimiento contiguas, el terapeuta explicita alguno de los siguientes elementos:

- i. Situación específica: si el terapeuta precisa el estímulo discriminativo que señala cuando el cliente tiene que poner en marcha la tarea instruida. También

consideraremos que un bloque contiene situación específica cuando se trata de situaciones hipotéticas en las que se muestra al cliente qué tarea tiene que hacer, siempre que éstas no sean adicionales a la instrucción.

Ejemplos:

Terapeuta: *cada vez que veas que te pones nervioso pon en práctica la respiración* (Situación específica).

Terapeuta: *por ejemplo, estás con Marta y de repente te vienen a la cabeza esos pensamientos, pues ahí, actúa como tú ya sabes...*  
(Es una Situación específica, ya que la situación hipotética es en sí la instrucción).

Terapeuta: *respirar en los momentos en los que uno se siente nervioso ayuda a sobrellevar la situación, así que practícala...* (Situación específica)

En aquellas ocasiones en las que encontremos una situación hipotética por parte del terapeuta de forma aislada, esto es, fuera de un bloque instruccional, será considerado como una instrucción en sí misma y por lo tanto, se abrirá un bloque instruccional con el modificador “situación específica”, ya que delimita el estímulo discriminativo en el que el cliente tiene que poner en marcha la respuesta operante instruida.

Ejemplo:

Terapeuta: *imagínate que estás en tu casa y te empiezas a poner nervioso, pues ahí tendrías que parar el pensamiento, ...*  
(Todo es un ejemplo, pero al estar aislado, se considera una instrucción con situación específica).

- ii. Ejemplificación: se considerará que el bloque posee el modificador de ejemplificación si el terapeuta añade, de forma adicional a la instrucción, alguna situación hipotética donde llevar a cabo la tarea instruida o ejemplos de forma de proceder en la ejecución de la tarea.

Ejemplo:

Terapeuta: *quiero que hagas un registro, que cada vez que te sientas mal apuntes la situación, qué piensas y qué haces. Por ejemplo: estoy en mi casa sólo y veo su foto...* (Ejemplificación, ya que la situación hipotética es adicional a la instrucción).

Terapeuta: *es importante que uno se dedique a cosas que le hagan desconectar: ir al cine, leer, quedar con amigos, etc., así que haz planes, no te quedes en casa...* (Ejemplificación).

Del mismo modo que con las situaciones hipotéticas, cuando el terapeuta ejemplifique diferentes formas de responder en determinadas situaciones, pero no mencione la respuesta operante a la que se refiere la tarea, no será considerado como una ejemplificación, sino como forma de hacer formal la instrucción:

Ejemplo:

Terapeuta: *en esa situación distráete: ponte a mirar escaparates, a hablar por el móvil, etc...* (Es una Ejemplificación, puesto que añade formas de actuar en una determinada situación y de forma adicional a la respuesta instruida, distraerse)

Terapeuta: *en esa situación ponte a mirar escaparates, a hablar por el móvil, etc...* (No es Ejemplificación, configuran las respuestas operantes a realizar por el cliente, haciendo que la instrucción sea formal)

- iii. Instrucción escrita: este modificador no hace referencia a la conducta verbal del terapeuta como tal, sino a si el terapeuta proporciona por escrito la/s tarea/s instruida/s. Un bloque se considerará que lleva asociado este modificador cuando el terapeuta proporciona al cliente por escrito la/s tarea a realizar en cualquier momento de la sesión, bien sea porque el terapeuta escribe la/s tarea/s o bien porque pide al cliente que se la/s apunte. Si el terapeuta o el cliente apunta la/s tarea/s en un momento diferente del momento en el cual el terapeuta instruye, se recurrirá al bloque instruccional que haga referencia para añadir el modificador de Instrucción escrita. También se considerará que el bloque lleva añadido este modificador cuando se trata de una tarea que requiere la elaboración de autorregistros, ya que éstos se proporcionan de forma escrita.
- iv. Práctica dentro de sesión: del mismo modo que el modificador anterior, este modificador no hace referencia a la conducta verbal como tal, sino al uso complementario a las instrucciones de ensayos de conducta dentro de sesión que pueden ayudar a la práctica de la tarea instruida. Registraremos esta categoría cuando el terapeuta lleva a cabo una práctica dentro de sesión de la/s tarea/s instruida/s. Bien sea mediante role-playing, haciendo al cliente que escenifique cómo realizaría una determinada tarea, así como mediante la propia puesta en práctica dentro de sesión, por ejemplo: pidiendo al cliente que se relaje dentro de sesión para ver cómo pone en práctica la técnica. En cualquiera de los casos, este modificador se añadirá al bloque en el que se instruye la tarea que se practica dentro de sesión, independientemente de si la práctica ocurre de forma contigua al bloque o no.

#### Consideraciones sobre el número de instrucciones:

- a. Se registrará **una** instrucción cuando:

- i. la tarea que instruya el terapeuta sea la misma, a pesar de que durante la instrucción el terapeuta emita discriminativos conversacionales o el cliente asienta o complete las instrucciones.

Ejemplo:

Terapeuta: *esta semana tienes que exponerte al metro ¿vale?*  
(instrucción)

Cliente: *vale...* (Verbalización que no se registra)

Terapeuta: *entonces, vas y te expones...* (Sigue siendo la misma instrucción)

- ii. el terapeuta instruya diferentes comportamientos que forman parte de una tarea concreta, esto es, cuando el terapeuta asigna una tarea que requiere acciones intermedias por parte del cliente, pero con el mismo objetivo.

Ejemplo:

Terapeuta: *llámale y le propones hacer algo: ir al cine, pasear, salir a cenar...* (Es una instrucción, ya que entra dentro de la misma tarea: salir a hacer algo).

- iii. También será considerada como una única instrucción cuando el terapeuta manda al cliente que cambie la forma de la respuesta instruida condicionado por un cambio en las circunstancias, es decir, estímulos discriminativos diferentes. Esto suele ocurrir cuando el terapeuta utiliza tareas de forma jerarquizada en relación al nivel de dificultad y pide un cambio en la respuesta, ya que el cliente domina pasos previos.

Ejemplos:

Terapeuta: *Utiliza el ritmo de respiración 3-2-6, y si ves que dominas este ritmo de respiración, pasa al siguiente*

Terapeuta: *exponete al metro, y cuando eso ya casi no te produzca ansiedad, pasa al siguiente elemento de exposición, el coche* (en ambos casos es una única instrucción).

- b. Se registrarán **dos instrucciones o más** instrucciones en los siguientes casos:

- i. cuando el terapeuta instruye diferentes tareas terapéuticas a poner en marcha ante diferentes estímulos discriminativos. En este caso, serán incluidas en diferentes bloques instruccionales.

Ejemplo:

Terapeuta: *cuando te pase eso, para el pensamiento como ya sabes y regístralo...* (Es una instrucción que hace referencia a una tarea terapéutica, exponerse a una situación).

Terapeuta: *pues exponete a ello que ya sabes cómo hacerlo, y si ves que te pones muy nerviosa, pon en práctica la respiración...* (Son dos instrucciones diferentes que hacen referencia a dos operantes)

diferentes y dos tareas, por lo que serán registradas en bloques diferentes).

Terapeuta: *cuando te venga el pensamiento, páralo, respira e intenta distraerte...* (Es una instrucción que hace referencia a una tarea que conlleva diferentes respuestas operantes a evocar ante un estímulo discriminativo concreto).

- ii. Cuando el terapeuta, tras emitir una instrucción, emite una verbalización de operación de establecimiento y vuelve a dar la misma instrucción, serán consideradas instrucciones diferentes.

Ejemplo:

Terapeuta: *entonces tienes que quedarte en esa situación, no escapar... así, poco a poco comprobarás que no te pasa nada y que el miedo poco a poco se extingue... entonces, quédate y aplica las técnicas que ya sabes...* (Son dos instrucciones separadas por una Operación de Establecimiento en un mismo bloque).

## 1.2. Discriminativos:

Serán consideradas discriminativos aquellas verbalizaciones emitidas por el terapeuta que dan lugar a una respuesta verbal por parte del cliente. Únicamente serán categorizados como discriminativos aquellas verbalizaciones que precedan o sigan a una instrucción, es decir, que estén incluidos dentro del bloque instruccional.

- A. Discriminativo de viabilidad: discriminativos emitidos por el terapeuta con el objetivo de evaluar si es factible que el cliente lleve a cabo la tarea instruida o la que se va a instruir (la viabilidad). Generalmente los discriminativos de viabilidad se localizan antes de que el terapeuta instruya.

Ejemplo:

Terapeuta: *¿esta semana puedes quedar con él para hablar?...*

(Discriminativo de viabilidad).

Cliente: *sí, supongo que sí...*

- B. Discriminativo de dificultad en presente o futuro: verbalizaciones dirigidas a obtener información sobre posibles dudas o problemas que el cliente pueda tener sobre la tarea instruida, así como la anticipación de posibles problemas a la hora de poner en marcha la conducta instruida. A diferencia del discriminativo anterior, este discriminativo suele tener lugar tras la instrucción del terapeuta.

Ejemplo:

Terapeuta: *¿tienes alguna duda, crees que tendrás alguna dificultad en ponerlo en práctica?...* (Discriminativo de dificultad en presente o futuro).

Cliente: *no, por ahora, no. Igual en el momento me surge alguna...*

- C. Discriminativo de opinión: aquellas verbalizaciones del cliente dirigidas a obtener información sobre la opinión o valoración del cliente sobre la conducta instruida con el objetivo de obtener la aprobación de éste. Al igual que el discriminativo anterior, el discriminativo de opinión suele tener lugar después de que el terapeuta instruya una tarea.

Ejemplo:

Terapeuta: *¿crees que es un buen planteamiento, estás de acuerdo en que tienes que hablar con ella?... (Discriminativo de opinión).*

Cliente: *supongo... si lo dices tú, que eres la que sabes, imagino que será importante...*

- D. Discriminativo de ejecución en presente o futuro: verbalizaciones del terapeuta que tienen como objetivo evaluar cómo el cliente va a llevar a cabo la tarea instruida con el fin de delimitar las contingencias ambientales en las que realizar la conducta y, por tanto, hacer más específica/s la/s instrucción/es dada/s. Este discriminativo suele encontrarse también después de que el terapeuta haya instruido la tarea.

Ejemplo:

Terapeuta: *insisto, tienes que hablar con tu hermana..., a ver, cuéntame cómo lo vas a hacer... (Discriminativo de ejecución en presente o futuro).*

- E. Discriminativo de comprensión: verbalizaciones del terapeuta que intenta verificar que el cliente entiende la lógica de la/s tarea/s instruida/s o, en su caso, la importancia o relevancia de su cumplimiento. El discriminativo de comprensión suele encontrarse también tras la instrucción proporcionada por el terapeuta.

Ejemplo:

Terapeuta: *pero, ¿entiendes por qué es importante que hables con él?... (Discriminativo de comprensión).*

Cliente: *visto así, sí, tiene sentido...*

Es importante tener en cuenta que algunas veces los clientes responden a un discriminativo emitido con el terapeuta aportando una información diferente a la que el terapeuta quiere indagar, en este caso, el tipo de discriminativo a registrar dependerá de la respuesta del cliente.

Ejemplo:

Terapeuta: *¿ves viable llamarla para hablar con ella?*

Cliente: *creo que no sabré muy bien qué decirle... (Se consideraría un Discriminativo de dificultad en presente o futuro, puesto que no ha discriminado la viabilidad de la respuesta instruida)*

### 1.3. Operación de establecimiento:

Verbalizaciones que tienen como objetivo aumentar la probabilidad de ocurrencia de la conducta instruidas. Se incluyen en esta categoría las verbalizaciones del terapeuta dirigido a añadir contingencias apetitivas o aversivas referidas a la puesta en práctica de la/s tarea/s instruida/s o, en su defecto, a la omisión de la conducta instruida, y las verbalizaciones del

terapeutas dirigidas a proporcionar al cliente un conocimiento técnico, información acerca del problema del cliente o sobre el proceso de la terapia.

Se registrarán las Operaciones de Establecimiento más cercanas a la instrucción, tanto antes como después de ésta, así como la más cercana a la verbalización de Seguimiento o No Seguimiento de instrucciones. Por tanto, será considerada como Operación de Establecimiento si está relacionada con la respuesta instruida. Si se dan varias Operaciones de Establecimiento seguidas se registrarán todas siempre que tengan relación con la instrucción previa o posterior. Así mismo, si el cliente interrumpe una Operación de establecimiento con información irrelevante que no cambia el discurso del terapeuta, ésta se seguirá registrando hasta su fin. Por otro lado, si el terapeuta emite una Operación de Establecimiento incompleta, se seguirá el mismo procedimiento que con las instrucciones, esto es, se registrarán siempre que sea fácilmente entendible.

Ejemplos:

Terapeuta: *hacer lo que te apetezca te ayudará a estar mejor...*

Terapeuta: *precisamente, hacer las cosas por el compromiso con los demás mantiene tu problema...*

Terapeuta: *es importante enfrentar las situaciones que nos generan malestar...*

Terapeuta: *no es necesario hacer algo que no nos apetece...*

## 2. Verbalizaciones del cliente:

### 2.1. Anticipación de seguimiento de instrucciones:

Verbalizaciones relacionadas con la intención de la consecución de la tarea instruida. Se categorizará esta verbalización cuando el cliente, de forma explícita muestra su intención de llevar a cabo el comportamiento instruido y no cuando muestra una simple aceptación o aquiescencia con la instrucción.

Ejemplo:

Terapeuta: *hazlo, ya sabes que te costará, pero sabes que es normal...*

Cliente: *tengo la intención de hacerlo y lo haré...*

### 2.2. Mostrar Aceptación:

Consideramos que el cliente muestra aceptación en un bloque instruccional cuando, tras la instrucción del terapeuta, muestra acuerdo con lo expuesto por el psicólogo o bien repite parte de la información como forma de aceptación con lo expuesto. Serán consideradas como Mostrar Aceptación aquellas verbalizaciones del tipo: “vale”, “Sí estoy de acuerdo”, “Tienes razón”, “Entiendo perfectamente lo que dices” o cualquier verbalización que exprese de forma clara el acuerdo con el terapeuta, como parafrasear al terapeuta.



En cambio, no serán consideradas como Mostrar Aceptación aquellas verbalizaciones que simplemente muestren asentimiento o aquiescencia.

Ejemplos:

Terapeuta: *pues ahora tienes que practicarlo en todas las situaciones posibles para que lo generalices...*

Cliente: *claro, así me podré relajar más fácilmente...*

Terapeuta: *tienes que pasar por esa situación, así que exponte, será la única forma en que aprendas que, si no es así, no hay otra forma de hacerlo...*

Cliente: *claro, es que es lo que dices, es que no hay otra forma...*

En el caso en el que a una verbalización del tipo Mostrar Aceptación le siga forma inmediata una verbalización de Anticipación de Seguimiento, únicamente consideraremos esta última, ya que ésta también lleva implícita la aceptación por parte del cliente.

Ejemplo:

Terapeuta: *sigue esta semana con el registro de pensamientos, que esto nos será útil para que luego aprendas a manejarlos...*

Cliente: *me parece bien, lo haré...* (Anticipación de seguimiento de instrucciones).

### 2.3. Anticipación de no seguimiento de instrucciones.

De forma contraria a la Anticipación de seguimiento de instrucciones, se incluyen en esta categoría aquellas verbalizaciones relacionadas con la intención de la no consecución de la tarea instruida, normalmente asociada a la dificultad del cliente para realizar lo instruido.

Ejemplo:

Terapeuta: *exponte a ello, es necesario...*

Cliente: *no me voy a exponer a ello, es difícil...*

### 2.4. Mostrar Desacuerdo.

Consideramos que una verbalización se considera como Mostrar Desacuerdo cuando el cliente se muestre discordante con lo que el terapeuta está instruyendo en el bloque instruccional.

Ejemplo:

Terapeuta: *porque la única razón por la que tú nunca te sientes seguro y por eso no dices que no a nadie es porque tú nunca has probado que aunque digas que no, no pasa nada. Así que esta semana si te pide tu madre un favor, dile que no...*

Cliente: *pero es que no sé... yo no lo veo que esa sea la forma de sentirme seguro...*  
(Mostrar Desacuerdo).

De la misma forma que las verbalizaciones anteriormente nombradas, en el caso de que el cliente verbalice un Mostrar Desacuerdo y posteriormente una verbalización de Anticipación de no seguimiento, únicamente se registrará la última.

## 2.5. Proporcionar información.

Se registrará la categoría de Proporcionar información cuando el cliente aporte información relevante en el discurso terapéutico, esto es, tenga relación directa con lo que se está tratando en el momento. En el caso de los bloques instruccionales, será registrado fuera de éstos.

Ejemplo:

Terapeuta: *aprovecha esa situación y exponte. Y cuando vas a restaurantes con tu familia, pues aprovéchalo también...*

Cliente: *sí, tengo ganas la verdad...* (Proporcionar información).

### **En la revisión de tareas (bloques de revisión):**

Consideramos un **bloque de revisión** de las instrucciones cuando el terapeuta busca evaluar el cumplimiento de las tareas previamente instruidas. Al igual que los bloques instruccionales, también son categorías evento. Dentro del bloque incluiremos las categorías que suelen darse cuando el terapeuta revisa las tareas conjuntamente con el cliente. A diferencia del bloque instruccional, el bloque de revisión no contiene instrucciones, sino que son bloques en los que el cliente verbaliza el cumplimiento o incumplimiento de las tareas instruidas en los bloques instruccionales. Estas verbalizaciones pueden ser emitidas de forma espontánea o bien porque el terapeuta las discrimina utilizando los discriminativos de cumplimiento posteriormente descritos.

Los bloques incluyen como mínimo una verbalización de Seguimiento o No Seguimiento de instrucciones. La forma de proceder en el Seguimiento de instrucciones será considerada como parte del Seguimiento de instrucciones.

El **inicio** del bloque tendrá lugar cuando el terapeuta pregunta por el cumplimiento de la/s tarea/s instruida/s, por las dificultades surgidas en la práctica o por el modo de ejecución de las mismas, que corresponde a las categorías: discriminativo de cumplimiento específico o inespecífico, de dificultad en pasado, o de ejecución en pasado. En este caso se categorizará el inicio del bloque justo cuando empiece la revisión de tarea/s, justo cuando se emite el primer discriminativo y siempre que el cliente responda a éste de forma inmediata con un Seguimiento o No Seguimiento de instrucciones o bien separado por una Verbalización de Logro o Verbalización de Fracaso. En este último caso, ambas categorías: Verbalización de Logro o de Fracaso y Seguimiento o No Seguimiento de instrucciones, serán registrados.

Sin embargo, en otras ocasiones, el cliente es quien espontáneamente expresa el cumplimiento, dificultad o modo de ejecución al llevar a cabo la/s tarea/s instruida/s. En dicho caso, el inicio del bloque tendrá lugar justo al empezar la verbalización del cliente de Seguimiento o No Seguimiento de instrucciones. En el caso del bloque de revisión, la verbalización del cliente, al ser considerada más relevante durante la revisión de tareas, será incluida dentro del bloque de revisión.

El **fin** del bloque de revisión tendrá lugar:

1. Cuando el cliente, tras verbalizar el Seguimiento o No Seguimiento de la/s tarea/s, cambia de tema, esto es, emite una verbalización categorizada como Proporcionar Información que no está relacionado con el Seguimiento o No Seguimiento de instrucciones previo o bien emite una verbalización de Seguimiento o No Seguimiento de instrucciones de una tarea terapéutica diferente a la anterior. En estos dos últimos casos, se abriría un bloque de revisión nuevo. Como excepción a este último caso, en el caso de que el cliente emita una verbalización de Seguimiento de instrucciones sobre las tareas en general y posteriormente mencione el Seguimiento de instrucciones de una tarea concreta será considerado dentro del mismo bloque.

Del mismo modo, si el cliente, tras emitir un Seguimiento o No Seguimiento de instrucciones emite una Verbalización de Logro o de Fracaso, también será registrada y, por consiguiente, el bloque se extenderá. El bloque finalizará siguiendo el mismo criterio anteriormente descrito.

2. Cuando el terapeuta, tras la verbalización de Seguimiento o No Seguimiento de Instrucciones, cambia de tema, esto es, emite discriminativos de cumplimiento sobre otra tarea terapéutica, instruye sobre una tarea o bien emite una Operación de Establecimiento que no tiene relación con la tarea que se está revisando.

Por el contrario, si el terapeuta emite discriminativos de cumplimiento de las tareas en general (discriminativo de cumplimiento inespecífico) y posteriormente evalúa el cumplimiento de una tarea concreta, será considerado parte del mismo bloque de revisión. Del mismo modo, el bloque se extenderá siguiendo el mismo criterio, si la terapeuta emite un Refuerzo, Castigo u Operación de establecimiento o sigue evaluando el cumplimiento de la misma tarea, es decir, cualquier discriminativo de cumplimiento.

Podemos encontrar las siguientes categorías dentro del bloque de revisión

1. Verbalizaciones del terapeuta:

- 1.1. Discriminativos de cumplimiento:

Al igual que los discriminativos utilizados en los bloques de instrucciones, los discriminativos en los bloques de revisión hacen referencia a verbalizaciones por parte del terapeuta que provocan una respuesta verbal por parte del cliente.

- A. Específico: verbalizaciones del terapeuta dirigidas a evaluar si el cliente ha cumplido con tarea/s concreta/s que ha/han sido instruida/s.

Cuando el cliente espontáneamente menciona que ha traído/hecho la tarea instruida por el terapeuta y éste inmediatamente emite un discriminativo que pretende remarcar el cumplimiento será considerado discriminativo de cumplimiento específico siempre que se dé de forma contigua en el tiempo y que haya una respuesta del cliente.

Ejemplos:

Terapeuta: *¿has hecho el autorregistro?... (Discriminativo de cumplimiento específico).*

Cliente: *aquí tengo el autorregistro que lo he hecho...*

Terapeuta: *lo has hecho... (Discriminativo de cumplimiento específico).*

Cliente: *ahá... (Seguimiento de instrucciones).*

- B. Inespecífico: verbalizaciones del terapeuta dirigidas a evaluar el cumplimiento de las tareas instruidas, pero de forma general. También será considerado como un Discriminativo de cumplimiento inespecífico cuando el terapeuta pregunta por el cumplimiento de alguna tarea concreta y el cliente responde sobre el cumplimiento de otra tarea diferente.

Ejemplos:

Terapeuta: *¿qué tal las tareas? (Discriminativo de cumplimiento inespecífico).*

Cliente: *Bien, hice la exposición...*

Terapeuta: *¿te has expuesto al centro comercial? (Discriminativo de cumplimiento inespecífico).*

Cliente: *también me monté en metro...*

No obstante, cuando el terapeuta emite un discriminativo de cumplimiento inespecífico y el cliente responde de forma general, sin especificar el cumplimiento de las tareas, no se considerará bloque de revisión.

Ejemplo:

Terapeuta: *¿qué tal te fue con las tareas?... (Discriminativo de cumplimiento inespecífico).*

Cliente: *bien...* (No registramos el bloque debido a que el cliente no especifica el cumplimiento de las tareas, es decir, no se da la categoría Seguimiento de instrucciones).

- C. De dificultad en pasado: verbalizaciones del terapeuta que tienen como objetivo evaluar posibles problemas surgidos durante la semana en la práctica de la/s tarea/s instruida/s para ser solventados. O bien, para determinar cómo fue la puesta en práctica de la/s tarea/s instruida/s.

Ejemplos:

Terapeuta: *¿practicaste la relajación?... (Discriminativo de cumplimiento específico) ... ¿tuviste algún problema?... (Discriminativo de cumplimiento de dificultad en pasado).*

Terapeuta: *¿cómo te fue el sábado cuando saliste?... (Discriminativo de cumplimiento de dificultad en pasado, puesto que el terapeuta había instruido a salir el sábado).*

- D. De ejecución en pasado: verbalizaciones del terapeuta que tienen como finalidad evaluar cómo el cliente ha llevado a cabo la/s tarea/s instruidas para ir moldeando las respuestas de éste.

Ejemplo:

Terapeuta: *¿practicaste la relajación?* (Discriminativo de cumplimiento específico).

Cliente: *sí...*

Terapeuta: *cuéntame, ¿cómo la practicaste?...* (Discriminativo de cumplimiento de ejecución en pasado).

## 1.2. Otras categorías:

- A. Refuerzo: verbalizaciones de aprobación del terapeuta ante el cumplimiento de la/s tarea/s instruida/s. Únicamente se considerará aquellas verbalizaciones dadas tras la emisión de una verbalización de cumplimiento por parte del cliente, bien sea espontáneo o como respuesta a un discriminativo del terapeuta. Este refuerzo es referido tanto al cumplimiento, como a la calidad del cumplimiento, el “cómo” el cliente lo ha hecho.

Ejemplo:

Cliente: *hice lo que me dijiste de irme a mi habitación y esperar a que se me pasara...*

Terapeuta: *¡muy bien!* (Refuerzo).

- B. Castigo: verbalizaciones punitivas que tienen como objetivo reducir el comportamiento de incumplimiento de las tareas por parte del cliente.

Ejemplo:

Cliente: *no me expuse al metro porque no lo conseguiré...*

Terapeuta: *¡qué tonterías dices!* (Castigo).

## 2. Verbalizaciones del cliente:

### 2.1. Seguimiento de instrucciones.

Consideraremos una verbalización como esta categoría cuando el cliente mencione que ha llevado a cabo la tarea instruida, bien sea porque el terapeuta discrimina la respuesta o porque el cliente, de forma espontánea, cuenta al terapeuta que ha hecho lo que le había instruido. Será registrada como esta categoría tanto la verbalización que hace referencia al seguimiento como la descripción de éste. Así mismo, si el cliente menciona varias veces seguidas el cumplimiento de una tarea, será registrada una única vez siempre que sea la misma tarea terapéutica y se dé de forma contigua.

A diferencia de la categoría Anticipación de seguimiento de instrucciones del bloque instruccional, esta categoría está referida al pasado y no al futuro. Se registrará el seguimiento de instrucciones que tiene lugar entre sesión y sesión, en caso de haber duda si el Seguimiento de instrucciones es referido a la última semana, será registrado.

Ejemplos:

Cliente: *he hecho todas las tareas, me he portado bien...* (Seguimiento de instrucciones)

Terapeuta: *¿has hecho el autorregistro?*

Cliente: *sí...* (Seguimiento de instrucciones)

Esta categoría será registrada únicamente si el cliente menciona específicamente del seguimiento de la tarea. No serán registradas aquellas verbalizaciones dudosas que en las que no se menciona directamente el cumplimiento, pero que pueden ser atribuidas a un seguimiento, a menos que el terapeuta haga mención a la tarea instruida, bien sea a través de discriminativos de cumplimiento, Operaciones de Establecimiento o nuevas instrucciones sobre la misma tarea.

Ejemplos:

Cliente: *sí, en esa situación no me obsesioné, ni pensé mal ni nada...* (El terapeuta había instruido en sesiones previas que cambiara el pensamiento en situaciones problemáticas. En esta ocasión no será considerado un seguimiento de instrucciones).

Cliente: *sí, en esa situación no me obsesioné, ni pensé mal ni nada...*

Terapeuta: *muy bien, es eso, en esas situaciones cambiar el pensamiento, como hablamos...* (En esta ocasión será considerado como seguimiento de instrucciones, puesto que el terapeuta instruye sobre la misma tarea).

El seguimiento de instrucciones puede ser *parcial* o *total*, por lo que se categorizará, tras la categoría Seguimiento de instrucciones el modificador *parcial* en las siguientes situaciones:

- i. Cuando el cliente manifiesta que ha llevado a cabo la tarea instruida únicamente algunas veces que han aparecido ciertas condiciones. Se trata de instrucciones que requieren que se den ciertas variables para llevar a cabo la conducta instruida, esto es, son situacionales, por ejemplo: relajarse si se pone nervioso, como actuar en ciertas ocasiones, etc.

Ejemplo:

Terapeuta: *¿utilizaste la parada de pensamiento?*

Cliente: *la verdad es que alguna vez de las que me empezaba a poner nervioso la utilicé...* (Seguimiento de instrucciones parcial)

- ii. Cuando el cliente manifiesta que ha llevado a cabo la tarea instruida algún día. Sobre todo, ocurre con instrucciones que requieren una práctica regular y que el terapeuta pide que entrene de forma intencionada, por ejemplo: practicar la relajación, la parada de pensamiento, etc.

Ejemplo:

Terapeuta: *¿cómo vas con la relajación muscular?*

Cliente: *pues la he practicado, pero no todos los días como me dijiste...* (Seguimiento de instrucciones parcial).

- iii. Cuando el cliente manifiesta que ha realizado parte de la instrucción. Sobre todo ocurre con tareas que requieren varias respuestas: practicar la relajación y anotar en el autorregistro.

Ejemplo:

Terapeuta: *¿y el tema de pararte, respirar y centrarte?*

Cliente: *me he parado y me he centrado, pero no he puesto en práctica la respiración...* (Seguimiento de instrucciones parcial).

- iv. Cuando el terapeuta ha instruido en una y el cliente ha llevado a cabo la tarea pero con modificaciones que no corresponde exactamente a la tarea instruida.

Ejemplo:

Terapeuta: *¿fuiste al centro comercial sola?*

Cliente: *sí, fui con mi hijo pequeño...* (Se trata de un Seguimiento de instrucción parcial, puesto que la instrucción era ir al centro comercial sola y el cliente ha introducido un cambio en las propiedades de la respuesta).

Por el contrario, se registrará el modificador *total* cuando el cliente verbalice que ha cumplido con las instrucciones en su totalidad, sin que existan ningunas de las excepciones previamente enumeradas. Así mismo, se tendrán en cuenta las siguientes situaciones para considerar si el Seguimiento de instrucciones es total:

- i. cuando el cliente manifieste que no ha realizado la tarea porque no se han dado las condiciones que eran requisitos para poner en marcha la conducta instruida.

Ejemplo:

Terapeuta: *¿pusiste en práctica la respiración?*

Cliente: *no, porque no se dio ninguna situación, es decir, no me puse nervioso* (Seguimiento de instrucciones total).

- ii. Si el cliente ha intentado llevar a cabo la tarea, pero algunos elementos han impedido conseguir el resultado deseado.

Ejemplo:

Terapeuta: *¿qué tal con la película de las arañas?*

Cliente: *no la pude ver, es decir, me puse a verla, pero cuando puse el disco estaba rayado...* (Seguimiento de instrucciones total).

- iii. Cuando el cliente manifiesta que ha llevado la tarea instruida alguna vez pero el terapeuta a la hora de instruir no ha informado sobre la frecuencia. Esto tiene lugar sobre todo cuando se trata de tareas que no se tienen que hacer de forma regular, sino alguna vez.

Ejemplo:

Terapeuta: *¿hiciste algún plan esta semana?*

Cliente: *el viernes no salí, pero el sábado sí...* (Seguimiento de instrucciones total, puesto que la instrucción era “salir esta semana”)

## 2.2. No seguimiento de instrucciones.

Serán registradas como No seguimiento de instrucciones aquellas verbalizaciones en las que el cliente informa al terapeuta de que no ha realizado la/s tarea/s instruida. Del mismo modo que el Seguimiento de instrucciones, si el cliente menciona varias veces seguidas el no cumplimiento de una tarea, será registrada una única vez siempre que sea la misma tarea terapéutica y se dé de forma contigua.

A diferencia del Anticipación de no seguimiento de instrucciones, estas verbalizaciones hacen referido al pasado y no al futuro. Para considerar si el cliente verbaliza un No seguimiento de instrucciones se atenderá a:

- i. Si el cliente manifiesta que no ha hecho las tareas independientemente de las condiciones necesarias.

Ejemplo:

Terapeuta: *¿las tareas de esta semana qué tal?*

Cliente: *me vas a reñir, esta semana no he hecho nada...* (No seguimiento de instrucciones).

- ii. Si a pesar de haberse dado ciertas circunstancias para llevar a cabo la tarea instruida, el cliente manifiesta no haberlo hecho.

Ejemplo:

Terapeuta: *¿utilizaste la parada de pensamiento?*

Cliente: *la verdad es que no... me vinieron los pensamientos, pero no la hice...* (No seguimiento de instrucciones).

- iii. Si la tarea depende de que el cliente emita ciertas operantes que facilitan las condiciones necesarias para realizar la tarea instruida.

Ejemplo:

Cliente: *me dijiste que hablara con ella, pero no la llamé...* (No seguimiento de instrucciones).

En ocasiones, los terapeutas por su forma de revisar las tareas terapéuticas van preguntando temporalmente por el cumplimiento de las mismas. Esto produce que los clientes verbalicen el cumplimiento de tareas algunos días y otros no. En este caso, las verbalizaciones serán consideradas por su contenido más que por la valoración general del cumplimiento de la tarea.

Ejemplo:

Terapeuta: *¿el martes practicaste la respiración?*

Cliente: *no, el martes no...* (No seguimiento de instrucciones)

Terapeuta: *¿y el miércoles?*

Cliente: *el miércoles sí...* (Seguimiento de instrucciones total).

Esto también puede ocurrir cuando el terapeuta instruye al cliente en una tarea que requiere diferentes formas de una misma respuesta, por ejemplo, que el terapeuta haya instruido al cliente en exponerse al metro y a centros comerciales y el cliente se haya expuesto únicamente



al metro. En tal caso, las verbalizaciones del cliente serán consideradas acorde a la descripción del cliente.

Ejemplos:

Terapeuta: *¿te expusiste?*

Cliente: *sí, al metro...* (Seguimiento de instrucciones total)

Terapeuta: *¡muy bien!*

Cliente: *pero a los centros comerciales no...* (No seguimiento de instrucciones).

### Consideraciones sobre la valoración general de Seguimiento de instrucciones de los bloques de revisión.

Dentro de un bloque de revisión de una misma tarea podemos encontrar verbalizaciones de Seguimiento de instrucciones (total o parcial) o de No seguimiento de instrucciones. Además de ello, se registrará en el bloque una valoración general de si el cliente ha cumplido o no con la tarea instruida. De esta forma, si durante la sesión todas las verbalizaciones del cliente referidas a una tarea son de Seguimiento de instrucciones total, añadiremos en el/los bloque/s correspondiente/s a dicha tarea el modificador de Seguimiento de instrucciones total. Si dentro de una sesión encontramos diferentes verbalizaciones Seguimiento de instrucciones total y/o parcial y/o No seguimiento de instrucciones sobre una misma tarea, se añadirá el modificador de Seguimiento de instrucciones parcial en el/los bloque/s pertinentes. Finalmente, si dentro de la sesión encontramos que todas las verbalizaciones del cliente referidas a una misma tarea son de No seguimiento de instrucciones, añadiremos tal modificador al/a los bloque/s correspondiente/s a la tarea.

### 2.3. Verbalización de logro.

Se incluirán dentro de esta categoría aquellas verbalizaciones del cliente en las que se haga manifiesto logros terapéuticos conseguidos, verbalizaciones que hagan alusión a realizar una conducta que antes no era capaz o verbalizaciones que pongan en relieve avances que ha conseguido.

Ejemplos:

Cliente: *ahora me lo tomo ya de otra forma...*

Cliente: *he conseguido sentirme mejor viniendo a terapia...*

En el caso en el que el cliente no exponga de forma explícita que haya hecho la tarea instruida, sino que directamente mencione los logros conseguidos, será considerado como Seguimiento de instrucción. Sin embargo, si previamente en el bloque se ha registrado la categoría Seguimiento de instrucciones sobre esa tarea, la verbalización de logro será considerada como tal categoría.

Ejemplo:

Cliente: *¡lo he conseguido, me he montado en metro!* (Será considerada Verbalización de logro si previamente el cliente ha mencionado que ha hecho la tarea de montarse

en metro. Si no es así, esta verbalización se considerará como Seguimiento de instrucciones).

#### 2.4. Verbalización de fracaso.

Se registrará con esta categoría aquellas verbalizaciones del cliente en las que se exponga la no consecución de un objetivo terapéutico o de una tarea determinada. En ocasiones, estas verbalizaciones hacen referencia al retroceso en los objetivos terapéuticos.

Ejemplos:

Cliente: *quería hablar con él como me dijiste, pero no fui capaz...*

Cliente: *no soy capaz de relajarme, así como me dijiste...*

Al igual que en la excepción de la Verbalización de logro, cuando el cliente no informa sobre el incumplimiento de una tarea instruida y directamente menciona el fracaso, será considerada como No seguimiento de instrucciones. Por el contrario, si previamente en el bloque se ha dado la categoría No seguimiento de instrucciones de esa tarea, se categorizará la verbalización de fracaso como tal categoría.

Ejemplo:

Cliente: *no fui capaz de montarme en el metro...* (Se consideraría Verbalización de fracaso si previamente el cliente ha dicho que no ha cumplido con la tarea. Si directamente expone su fracaso, será considerado como No seguimiento de instrucciones).

#### 2.5. Proporcionar información.

Se registrará la categoría de Proporcionar información cuando el cliente aporte información relevante en el discurso terapéutico, esto es, tenga relación directa con lo que se está tratando en el momento. En el caso de los bloques será registrado dentro de éstos.

En ocasiones el cliente, sin haber manifestado que ha hecho una determinada tarea, pasa a proporcionar información sobre un acontecimiento que lleva implícito el cumplimiento de la tarea instruida. En este caso, se registrará la categoría Seguimiento de instrucciones y no como Proporcionar Información. Sin embargo, si previamente el cliente ya ha mencionado que ha llevado a cabo la tarea y proporcionar información sobre un acontecimiento, será considerado como Proporcionar Información, siempre que esté dentro de un bloque de revisión.

Ejemplo:

Cliente: *ayer fui al cine, pero con mi amigo, no con Juan y la verdad es que disfruté mucho...* (Se registrará como Proporcionar Información si previamente el cliente ha mencionado que ha cumplido con la instrucción de ir al cine y la verbalización está dentro de un bloque de revisión. Sin embargo, si directamente expone esta situación, será considerado como Seguimiento de instrucciones, ya que está manifestando el cumplimiento de la tarea instruida).

Durante los bloques de revisión, cuando el cliente verbaliza que ha cumplido con la tarea instruida y posteriormente pasa a explicar la forma de proceder, se registrará únicamente la categoría de Seguimiento de instrucciones y no como Proporcionar Información.

Ejemplo:

Terapeuta: *¿hablaste con tu hermana?*

Cliente: *sí, hice lo que me dijiste. Además, me fui con ella a tomar algo al día siguiente...*

(Todo se considera como Seguimiento de instrucciones).

Del mismo modo, si tras aportar información nueva, el cliente vuelve a remarcar que ha cumplido con la instrucción, se considerará todo como Seguimiento de instrucciones.

Ejemplo:

Terapeuta: *¿hablaste con tu hermana?*

Cliente: *sí, hice lo que me dijiste. Además, me fui con ella a tomar algo al día siguiente,*

*pero sí, hice la tarea...* (Todo se consideraría como Seguimiento de instrucciones).