



Clínica y Salud

ISSN: 1130-5274

clin-salud@cop.es

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
España

Marchena-Giráldez, Carlos; Calero-Elvira, Ana; Galván-Domínguez, Nerea
La importancia de las instrucciones del psicólogo para favorecer la adhesión terapéutica
Clínica y Salud, vol. 24, núm. 2, julio, 2013, pp. 55-65
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180628054001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



La importancia de las instrucciones del psicólogo para favorecer la adhesión terapéutica

Carlos Marchena-Giráldez, Ana Calero-Elvira* y Nerea Galván-Domínguez

Universidad Autónoma de Madrid, España

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Manuscrito recibido: 09/02/2013

Revisión recibida: 17/04/2013

Aceptado: 24/04/2013

Palabras clave:

Conducta verbal

Instrucciones

Adhesión terapéutica

Contexto clínico

RESUMEN

En el presente trabajo ofrecemos una aproximación descriptiva al estudio de las instrucciones en terapia como paso previo al estudio de la influencia de las instrucciones en la adhesión terapéutica. Se analizaron dos casos completos tratados por dos terapeutas de orientación conductual, uno experto y uno inexperto. Se observaron y registraron las sesiones clínicas por medio de un sistema de categorías utilizando el software *The Observer XT*. Los datos ponen de relieve ciertas diferencias en la frecuencia y el tipo de instrucciones dadas, según las tareas realizadas por el clínico dentro de sesión y la experiencia de éste. Los resultados permiten establecer unas hipótesis (a confirmar) sobre la existencia de patrones a la hora de instruir al cliente durante la terapia y establecer algunas bases para estudiar la influencia de las instrucciones sobre la adhesión terapéutica y poder mejorar la eficacia de las intervenciones psicológicas.

© 2013 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Todos los derechos reservados.

The importance of psychologist's instructions for the improvement of therapeutic adherence

ABSTRACT

This paper presents a first descriptive approach to the study of instructions in therapy as a previous step to a more comprehensive research about the influence of instructions on therapeutic adherence. Two cases treated by two behavioral therapists were analyzed throughout the treatment –one of them was an experienced therapist and the other was inexperienced one. The sessions were observed and registered with a specific coding system and *The Observer XT* software. Data highlight the differences in frequency and type of instructions depending on the tasks carried out by the therapists, as well as on their experience. Results provide some first hypotheses (to be proved) about the existence of different patterns of therapist instructions during the psychological treatment and allow us to establish some bases for the study of the influence of instructions on therapeutic adherence which may improve the effectiveness of psychological interventions.

© 2013 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. All rights reserved.

El acercamiento entre la investigación en psicología y la práctica clínica es uno de los objetivos que los investigadores del comportamiento humano debemos promover. Por este motivo el estudio de la conducta verbal que tiene lugar durante la interacción entre terapeuta y cliente en el contexto clínico debería ser un elemento a considerar en las investigaciones actuales en psicología clínica. Aunque el análisis de la conducta verbal no es un tema novedoso, dado que ya estaba presente en la obra de Skinner (1957), sin embargo fue descuidado hasta la aparición de la *tercera ola* de terapias conductuales en

la década de 1990. Por otro lado las denominadas terapias de tercera generación hacen explícita la necesidad de retomar el estudio de este fenómeno ya que, tal y como afirma Pérez (2006), la conducta verbal es la más frecuente y relevante en los contextos clínicos.

Por tanto, en lo que al contexto clínico se refiere, la interacción verbal entre cliente y terapeuta se convierte en objeto de estudio necesario para poder comprender cómo se produce el cambio clínico y por qué funcionan los tratamientos psicológicos (Montaño, Froján, Ruiz y Virués, 2011). Es más, tal y como afirma Froján (2011), y bajo la perspectiva funcional en la que trabajamos, el quehacer de un psicólogo radica en poner en marcha unos procesos de aprendizaje que darán lugar a nuevas conductas más adaptativas para el cliente, lo cual ocurre a través de la interacción verbal que tiene lugar durante la sesión. En el trabajo que presentamos aquí nos vamos a centrar

*La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a Ana Calero Elvira. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. C/ Iván Pavlov 6. 28049. Madrid. E-mail: ana.calero@uam.es

específicamente en un tipo de verbalización concreta, las instrucciones que el psicólogo da al cliente, con el objetivo de que éste inicie algún tipo de conducta fuera de la sesión clínica.

Las instrucciones juegan un papel fundamental en terapia y tienen que ser tenidas en cuenta con el objetivo de conseguir una buena adhesión al tratamiento psicológico. La adhesión a la intervención ha ocupado desde hace décadas un papel central en la investigación en psicología de la salud y en el ámbito médico debido a dos factores: el aumento del consumo de fármacos (Rodríguez, 2005) y el empeoramiento en los pronósticos como consecuencia de la baja adhesión terapéutica que acaba disminuyendo la calidad de vida de los sujetos y de sus familiares, además de aumentar el gasto público en asistencia (Nieto y Pelayo, 2009). Pese a su importancia práctica, a nivel teórico el concepto de adhesión ha generado mucha controversia por dos motivos: por una parte, debido a la confusión entre este término y el de cumplimiento a causa de la definición dada por Haynes (1979), que ha llevado incluso a que se confundan ambos términos en algunas publicaciones (Ginarte, 2001; Martin y Grau, 2004; Masur y Anderson, 1988; Silva, Galeano y Correa, 2005) y por otra parte, por el papel pasivo que se otorga al paciente (Ferrer, 1995). Para superar la primera limitación, encontramos algunas investigaciones que utilizan un término unificado para ambos conceptos (Ginarte, 2001; Martin y Grau, 2004; Masur y Anderson, 1988; Silva, Galeano y Correa, 2005). Para superar la segunda limitación algunos autores han intentado buscar términos de carácter más interactivo, defendiendo que la adhesión no sólo depende de la conducta del paciente sino también de la actuación del profesional (Libertad, 2004).

Al margen de estos debates no parece haber duda de que la adhesión a los tratamientos es un fenómeno complejo a la vez que está condicionado por múltiples factores de diversa índole. Tal y como afirman Amigó, Fernández y Pérez (2009), se considera que la adhesión es un asunto comportamental en tanto que depende fundamentalmente de la conducta del paciente, a la vez que se relaciona estrechamente con la conducta del clínico, al menos en la medida que éste pretende influir a través de su comportamiento verbal en lo que el paciente haga. Esta conceptualización de la adhesión terapéutica nos lleva a volver a incidir en la importancia de la relación terapéutica, la comunicación entre terapeuta y cliente y las instrucciones del terapeuta, marco en el cual se sitúa el presente trabajo.

Los estudios sobre seguimiento de instrucciones se llevaron a cabo inicialmente en contextos experimentales y no tanto aplicados. Los primeros trabajos fueron los de Azrin (1958) y Weiner (1962), que encontraron que los participantes de sus experimentos no respondían a menos que se les instruyera a hacerlo. Además, otros autores encontraron que cuando se instruía a los participantes sobre el tipo de programa de reforzamiento al que estaban sometidos, la congruencia entre respuesta y programa mejoraba (Baron, Kaufman y Stauber, 1969). Un hallazgo sorprendente fue la existencia de un efecto similar en un programa de extinción donde se decía a los participantes que era un programa de razón variable y a pesar de no existir tal programa de reforzamiento los sujetos mantuvieron su ejecución independientemente de las contingencias (Kaufman, Baron y Kopp, 1966). Este fenómeno, posteriormente conocido como *insensibilidad a las contingencias*, dio lugar a una serie de investigaciones en diversas situaciones para comprobar si su efecto se mantenía, por ejemplo, en programas de extinción con instrucciones imprecisas e incluso falsas (véase por ejemplo Lippman y Meyer, 1967; Weiner, 1970).

La insensibilidad a las contingencias fue objeto de múltiples debates y matices, desde aquellos que argumentaban que la insensibilidad no existía como tal sino que la causa radicaba en la no exposición a las contingencias reales (Kaufman et al., 1966) hasta otros autores que afirmaban que se trataba de una propiedad definitoria de las instrucciones (Shimhoff, Catania y Matthews, 1981) e incluso la postura contraria, es decir, la de los autores que defendían que la insensibilidad a las contingencias no existía (Galizio, 1979), ya que

seguir las instrucciones aunque fueran erróneas no suponía ningún coste para la persona. Además, los estudios de insensibilidad a las contingencias han sido criticados por otros autores por diferentes motivos, como la existencia de errores en sus diseños (Newman, Hemmes, Buffington y Andreopoulos, 1994), el uso de programas que no permitían entrar en contacto con las contingencias reales o los hallazgos contradictorios en los que la conducta bajo regulación instruccional era parcialmente sensible a las contingencias (Ribes y Martínez, 1990). En esta línea el grupo de Ribes (2000) menciona que aunque la ejecución en un principio se mantenga insensible a las contingencias la exposición prolongada a los reforzadores haría que la ejecución variara en función de éstos.

Por otra parte existen otras líneas de investigación en torno a las instrucciones, como las que se han centrado en el fenómeno de adquisición de respuestas. De este modo, diferentes estudios han encontrado que los sujetos no ejecutaban unas determinadas acciones cuando se les aplicaban unas contingencias pero en cuanto eran informados de la disponibilidad de reforzadores la adquisición de la respuesta se daba de inmediato (véase por ejemplo Ayllon y Azrin, 1964; Baron y Kaufman, 1966).

En definitiva, a partir de lo expuesto hasta el momento podemos concluir: (1) que las investigaciones realizadas hasta el momento terminan que las instrucciones ejercen un papel de control sobre la conducta, siendo éstas las que señalan al sujeto qué tiene que hacer e incluso qué ocurrirá cuando lleve a cabo cierta conducta y por ello algunos autores defienden la equiparación de las instrucciones con el control discriminativo, como Galizio (1979) y Hayes y Hayes (1989) y (2) que el estudio de las instrucciones es esencial para saber el papel que juegan en la adhesión a los tratamientos psicológicos. Por tanto, el objetivo del presente trabajo es presentar una aproximación descriptiva al estudio de las instrucciones en terapia como paso previo a la investigación a largo plazo de sus efectos en el proceso terapéutico.

Método

Participantes

Se analizaron 16 grabaciones de una hora aproximada de duración correspondientes a las sesiones de dos casos clínicos (ocho sesiones cada uno). La intervención fue llevada a cabo por dos psicólogas de orientación cognitivo-conductual, una clínica experta con más de 15 años de práctica profesional y otra clínica inexperta con menos de dos años de práctica. Ambas psicólogas pertenecían al Instituto Terapéutico de Madrid (ITEMA), un centro privado de terapia de conducta. El tratamiento fue individual en ambos casos y el motivo de consulta un problema de ansiedad. El cliente de la terapeuta experta era una mujer de 36 años y el de la terapeuta inexperta un hombre de 18 años. Ambos casos finalizaron con el alta terapéutica, habiéndose contado previamente con el consentimiento expreso de la terapeuta, el cliente y la directora del centro para la grabación y observación de las sesiones, respetándose así el Código Deontológico del Psicólogo (artículos 40 y 41) en lo que a la obtención y uso de información se refiere.

Variables e instrumentos

Los casos fueron grabados utilizando un circuito cerrado de cámaras ya existente en el centro colaborador. La imagen captada por la cámara enfocaba de frente al terapeuta y de espaldas al cliente, de modo que su rostro no quedaba registrado para garantizar al máximo la confidencialidad. Para la observación, registro y análisis de las sesiones se utilizó el programa informático *The Observer XT*, versión 6.0, comercializado por Noldus Information Technology.

Se estudió como variable la *conducta verbal del terapeuta*, concretamente las instrucciones dadas por el mismo según están definidas en el Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta

Tabla 1

Categorías de instrucciones según el SISC-INST-T

Clasificación	Categoría/subcategoría		Ejemplo
Formulación	Primera persona	Indicación	"Quiero que esta semana hagas..."
		Sugerencia	"Me gustaría/ te aconsejo..."
	Segunda persona	Indicación	"Tienes que hacer/haz..."
		Sugerencia	"¿Te acordarás de hacer las tareas?"
Especificidad de la situación	Específica		"Cuando te sientas nerviosa, intenta respirar"
	General		"Practica mucho la relajación"
Especificidad de la conducta	Específica		"Practica la parada de pensamiento cada..."
	General		"Te aconsejo que hagas las tareas"
Uso de ejemplos	Con ejemplo		"Inténtalo, por ejemplo, imagínate que estás..."
	Sin ejemplo		"Tienes que hablar con él..."

(SISC-CVT, Froján et al., 2008; Montaña, 2008; Ruiz, 2011; Virués-Ortega, Montaña-Fidalgo, Froján-Parga y Calero-Elvira, 2011). Adicionalmente se utilizó un sistema de categorización preliminar de las instrucciones (SISC-INS-T), creado *ad hoc* para este trabajo, que permitía clasificarlas atendiendo a distintos criterios como la formulación de las mismas, la especificidad mayor o menor de la conducta y de la situación formuladas en la instrucción y el uso o no de ejemplos durante las instrucciones. Se puede ver este sistema de categorías en la tabla 1.

Procedimiento

El procedimiento que se llevó a cabo se divide en cuatro fases:

1. *Definición de la unidad de categorización.* El objetivo de esta primera fase fue definir el objeto de análisis a registrar. Para ello se utilizó el SISC-CVT anteriormente nombrado y específicamente la categoría *instrucción*, definida como "toda verbalización que el terapeuta emite en la cual da pautas de actuación de forma explícita al cliente para que éste dirija su comportamiento fuera de sesión bien sea por acción o por omisión de determinadas conductas". Cabe destacar, como bien explicita la definición de instrucción, que únicamente se registraron las instrucciones para realizar tareas fuera y no dentro de sesión, ya que nuestro objeto de estudio son las instrucciones para la puesta en marcha de las técnicas de tratamiento fuera del contexto clínico.

2. *Propuesta de categorías preliminares y depuración del sistema de categorías mediante observaciones de sesiones clínicas.* Una vez definido qué queremos estudiar y delimitado el término instrucción el observador 1 realizó observaciones de sesiones para establecer las categorías referidas a las variantes de instrucciones, que fueron discutidas por todo el equipo de investigación compuesto por expertos en terapia de conducta e investigación clínica. Estas categorías preliminares, basadas en el contenido de las instrucciones, clasificaban éstas según su *formulación* (primera y segunda personas), según la *especificidad de la conducta* (específica y general) y según la *especificidad de la situación* (específica y general). Además de estas categorías iniciales, tras la depuración mediante el registro sistemático de sesiones clínicas, se añadieron subcategorías a la categoría según su *formulación* (indicación y sugerencia) y nuevas categorías en función del *uso de ejemplos* (con ejemplo y sin ejemplo). Finalmente, una vez establecidas las categorías definitivas, se procedió a realizar un estudio descriptivo inicial del uso de las instrucciones en el proceso terapéutico. En este sentido, la clasificación definitiva de instrucciones se diseñó para analizar las instrucciones según cuatro criterios: (a) en relación al modo como estaban formuladas (categorías primera o segunda persona, subcategorías indicación o sugerencia), (b) en relación a la concreción o no del comportamiento que se instruye (categorías específica o general), (c) en relación a si se especifica

claramente la situación en la que se tiene que poner en marcha la conducta instruida (categorías específica o general) y (d) en relación a si el terapeuta utiliza al emitir la instrucción ejemplos sobre situaciones hipotéticas en las que habría que poner en marcha la conducta (categorías con o sin ejemplos).

3. *División de las sesiones según las Actividades Clínicamente Relevantes (ACR).* Tal y como se ha encontrado en estudios previos, la conducta verbal de los psicólogos va cambiando a lo largo de la sesión y dichas variaciones no guardan relación con el terapeuta analizado, el cliente considerado o la problemática tratada, sino que lo que determina el cambio es el momento o *actividad clínicamente relevante* que se está llevando a cabo en sesión: evaluar, explicar, entrenar/tratar e intentar consolidar los cambios (Froján et al., 2008; Froján, Calero, Montaña y Ruiz, 2011; Montaña, 2008). Por tanto, se dividieron los dos casos a registrar según las ACR mencionadas que predominaban en cada sesión para ver cómo se distribuían las instrucciones según éstas.

4. *Registro de sesiones y cálculo del acuerdo interjueces.* Una vez divididas las sesiones según las ACR se pasó al registro de las 16 sesiones clínicas. De forma paralela, y para proporcionar unas garantías científicas adecuadas, se llevó a cabo un cálculo de los porcentajes de acuerdo intrajuez e interjueces contando con la colaboración de un segundo observador (observador 2). En concreto, se calculó el grado de acuerdo intrajuez e interjueces cada vez que el observador 1 había completado el 25% del registro de la muestra total. Los porcentajes medios de acuerdo intrajuez e interjueces fueron, respectivamente, 77.9% y 65.33%, considerándose estos porcentajes adecuados en estudios observacionales.

Resultados

Los resultados de este estudio se van a presentar en dos apartados: en primer lugar se mostrará la distribución general de las instrucciones a lo largo de todo el proceso terapéutico y en segundo lugar se presentarán los porcentajes de las categorías instruccionales en función de la experiencia del terapeuta y se mostrarán las diferencias entre terapeutas. En este segundo caso, para establecer si las diferencias encontradas eran estadísticamente significativas entre terapeutas, se utilizó la prueba de independencia chi-cuadrado (χ^2 de Pearson), que nos informaría sobre la existencia de una relación entre el terapeuta y la frecuencia de emisión de las diferentes categorías instruccionales. Posteriormente la prueba nos permite analizar el grado de significación en cada categoría concreta mediante los residuos corregidos de cada categoría. Los residuos corregidos son puntuaciones z_w , por lo que la existencia de una puntuación mayor a 1.96 (o -1.96, bilateral) nos informa de la existencia de una relación entre el uso de una categoría concreta de instrucciones y el terapeuta que la emite.

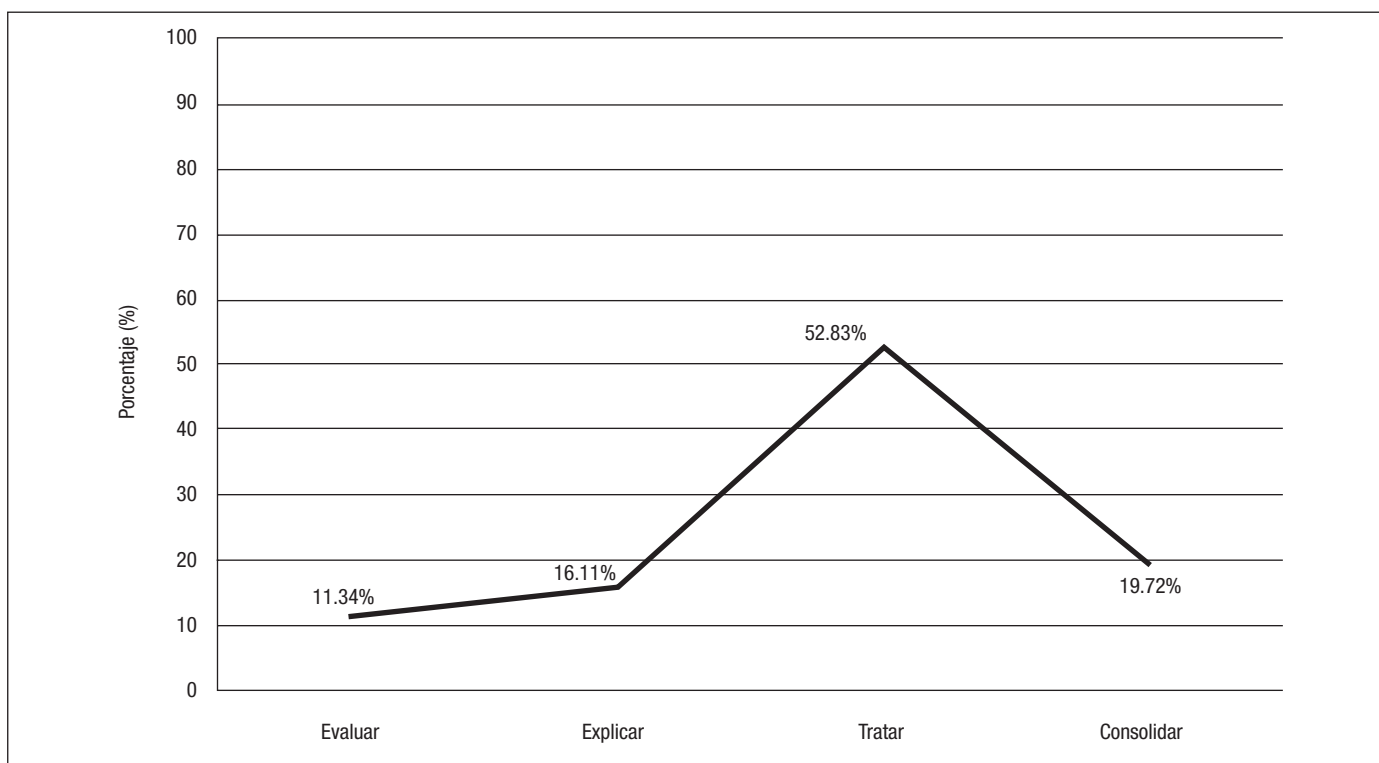


Figura 1. Distribución de instrucciones durante todo el proceso terapéutico según las actividades clínicamente relevantes.

Estudio descriptivo general de la distribución de instrucciones en el proceso terapéutico

En primer lugar, en la figura 1 podemos observar la distribución general de las instrucciones a lo largo de todo el proceso terapéutico en los dos casos estudiados. Como se puede observar, el porcentaje de instrucciones varía considerablemente entre las distintas actividades clínicamente relevantes y se puede destacar que el mayor porcentaje de instrucciones se concentra en los momentos en que el terapeuta está tratando la problemática del cliente y el menor porcentaje de instrucciones cuando el terapeuta está evaluando, siendo éstos 52.83% y 11.34%, respectivamente.

En la figura 2 podemos observar la distribución de instrucciones en cada una de las actividades clínicamente relevantes atendiendo a su formulación en primera o segunda persona y las respectivas subcategorías. Cabe destacar en primer lugar que existe un mayor uso de las instrucciones de indicación que de sugerencia, habiendo obtenido en las de primera persona un porcentaje mínimo de emisiones del 3.03% y un porcentaje máximo del 15.78% y en las de segunda persona un porcentaje mínimo de 68.51% y un máximo de 89.45%. Todo ello frente a un porcentaje mínimo de 1.51% y máximo de 12.96% obtenido en las de sugerencia en primera persona y un porcentaje mínimo de 2.63% y máximo de 7.9% en las de sugerencia en segunda persona.

Referente a la evolución de cada tipo de instrucciones según su formulación, observamos que las instrucciones de indicación en primera persona van disminuyendo durante el proceso terapéutico hasta casi desaparecer, concretamente de un 15.78% a un 3.03%. Algo similar ocurre con las instrucciones de sugerencia en primera persona, aunque éstas tienden a aumentar considerablemente en los momentos en los que el terapeuta *explica*, siendo éstos los momentos en los que se emiten el mayor porcentaje de instrucciones de esta categoría (12.96%). Posteriormente el porcentaje de instrucciones de esta categoría disminuye considerablemente hasta un porcentaje del 1.51%.

Por otro lado, las instrucciones en segunda persona siguen un patrón diferente a las de primera persona. En concreto, las instruccio-

nes más frecuentes, las de indicación en segunda persona, tienden a mantenerse estables durante todo el proceso terapéutico, con una disminución en los momentos que el terapeuta *explica* (68.51%). Sin embargo, las instrucciones de sugerencia en segunda persona tienden a aumentar progresivamente desde el inicio de la terapia hasta los momentos en los que el terapeuta *trata*, cuando se concentran un mayor porcentaje de este tipo de instrucciones (7.9%); posteriormente estas instrucciones disminuyen hacia final de la terapia en los momentos en los que el terapeuta *consolida*.

En tercer lugar, podemos observar en la figura 3 la distribución de las instrucciones a lo largo del proceso terapéutico según la especificidad de la conducta, la especificidad de la situación y el uso de ejemplos.

En relación con la distribución según la especificidad de la conducta, observamos que existe una mayor frecuencia de emisión de instrucciones de conducta específica, habiéndose obtenido un porcentaje mínimo de instrucciones de conducta concreta del 65.15% (en consolidar) y un porcentaje máximo del 85.18% (en explicar) frente a un porcentaje mínimo del 14.81% (en explicar) y máximo del 34.84% (en consolidar) de instrucciones de conducta general. Además, observamos que las instrucciones de conducta específica, aunque muestran alguna oscilación, tienden a mantenerse estables durante todo el proceso terapéutico, disminuyendo sólo al final. Por el contrario, las instrucciones de conducta general tienden a disminuir en los momentos en los que el terapeuta *explica* pero aumentan progresivamente hacia el final de la terapia (desde un 14.81% a un 34.84%).

Pasando a las instrucciones según la especificidad de la situación, podemos observar una predominancia de instrucciones de situación general, siendo 88.88% el mínimo porcentaje de éstas (en explicar) y el 94.73% el máximo (en evaluar), frente a las instrucciones de situación específica, que obtienen un porcentaje mínimo del 5.26% (en evaluar) y un porcentaje máximo del 11.11% (en explicar).

En cuanto a la evolución de las instrucciones según la especificidad de la situación, observamos que las instrucciones de situación general, a pesar de mantenerse bastante estables durante todo el proceso terapéutico, disminuyen precisamente en los momentos en

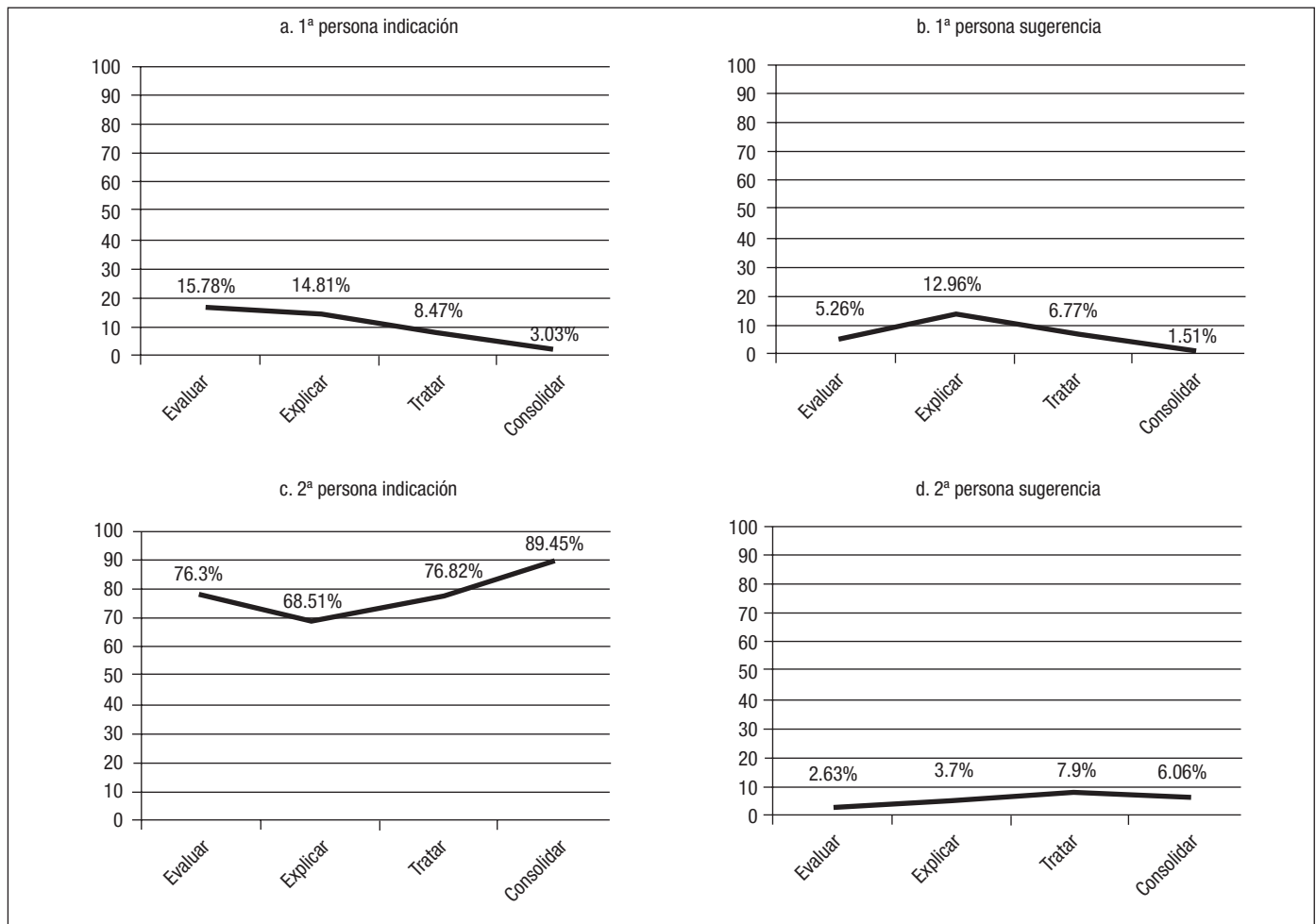


Figura 2. Distribución de instrucciones a lo largo de todo el proceso terapéutico según su formulación en segunda y tercera persona y por subcategorías.

Nota. Cada porcentaje hace referencia a la proporción de instrucciones de ese tipo en una determinada ACR, de manera que el 100% lo sumarían las cuatro cifras correspondientes a una determinada ACR en las cuatro gráficas.

los que el terapeuta *explica*, hasta alcanzar un porcentaje del 88.88%. En cambio, las instrucciones de situación específica aumentan precisamente en estos momentos, alcanzando su mayor porcentaje durante el momento de explicación en el proceso terapéutico (11.11%).

Por otro lado, en la categorización de instrucciones según el uso de ejemplos se observa que los terapeutas no suelen dar ejemplos durante la emisión de instrucciones, obteniendo un porcentaje mínimo en instrucciones sin ejemplos del 87.57% (en tratar) y un porcentaje máximo del 96.96% (en consolidar), frente a un porcentaje mínimo de instrucciones con ejemplos del 3.03% (en consolidar) y un porcentaje máximo del 12.42% (en tratar).

Atendiendo a la evolución de las instrucciones según el uso de ejemplos, podemos observar que las instrucciones sin ejemplos, aun con variaciones, se mantienen estables en casi todo el proceso terapéutico, sufriendo un descenso (87.57%) en los momentos en los que el terapeuta *trata*. Por el contrario, las instrucciones con ejemplo siguen el patrón opuesto, aumentando justamente en los momentos en los que el terapeuta *trata* (12.42%).

Diferencias entre el terapeuta experto e inexperto

Pasando al segundo apartado de resultados, podemos observar en las figuras 4 y 5 los porcentajes de todas las categorías de instrucciones obtenidas por los dos terapeutas en cada uno de los criterios de clasificación.

A pesar de que en estos gráficos observamos diferencias a nivel descriptivo en la emisión de instrucciones según el terapeuta, es ne-

cesario analizar si éstas son significativas. Por ello, en la tabla 2 se incluyen los datos que corresponden a la prueba chi-cuadrado para analizar estas posibles diferencias. Tal como se puede observar, existen diferencias significativas en las categorías instruccionales según la formulación ($\chi^2 = 42.636$, $p < 0.000$) y según la especificidad de la conducta ($\chi^2 = 5.140$, $p = 0.023$), mientras que no existen diferencias significativas según la especificidad de situación ($\chi^2 = 1.239$, $p = 0.266$), ni según el uso de ejemplos ($\chi^2 = 0.147$, $p = 0.702$).

Mediante el análisis de los residuos corregidos observamos que las diferencias significativas en las categorías de instrucciones según su formulación se encuentran en las instrucciones de indicación en segunda persona ($z = +/-.2.6$) y en segunda persona de sugerencia ($z = +/-.6.4$). En el caso de las instrucciones según la especificidad de la conducta, existen diferencias en ambas categorías, conducta específica y general ($z = +/-.2.3$).

Discusión

Aunque los resultados obtenidos hasta el momento deben ser interpretados con suma cautela debido al reducido tamaño de la muestra utilizada, consideramos que nos ayudarán a dar los primeros pasos de esta nueva línea de investigación, que podría ayudar a largo plazo a mejorar la eficacia de las intervenciones en la psicología clínica aplicada. A continuación se analizan con detalle los principales resultados obtenidos en el presente estudio, que se resumen en la figura 6.

Al analizar el porcentaje de instrucciones que los terapeutas emitían momento a momento en las distintas actividades clínicamente

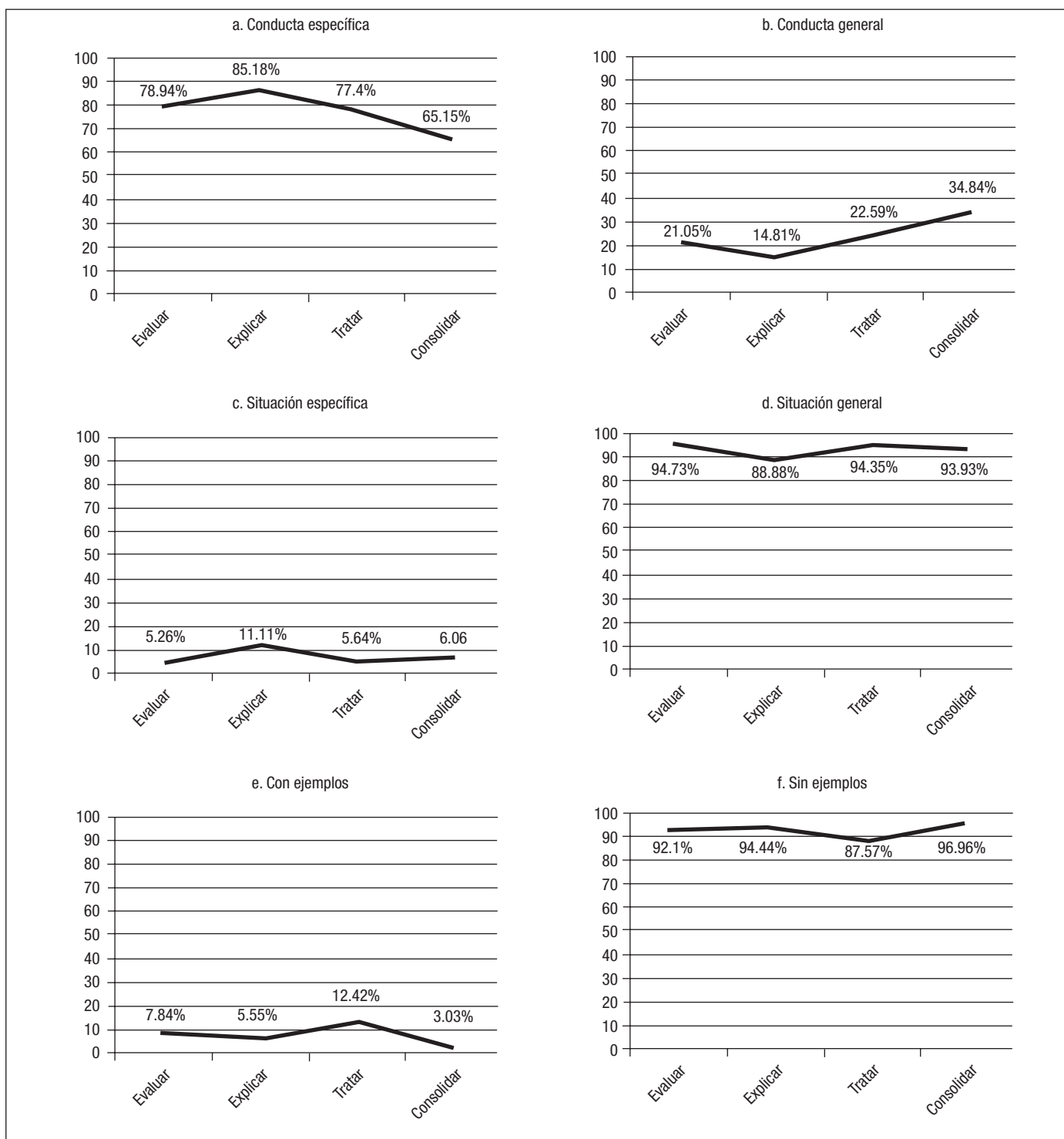


Figura 3. Distribución de instrucciones a lo largo de todo el proceso terapéutico según la especificidad de la conducta, la especificidad de la situación y el seguimiento de ejemplos.

relevantes durante el proceso terapéutico, observamos que el porcentaje mayor de éstas se concentran en los momentos en que los terapeutas tratan el problema en consulta. Tal como era de esperar, parece que los psicólogos, tras haber hecho una evaluación de la problemática del cliente y haberle explicado su análisis funcional, empiezan a prescribir diferentes pautas y estrategias que configuran las técnicas de intervención que el cliente tendrá que aplicar fuera de la consulta. De su aplicación se espera obtener gradualmente el cambio clínico. Por tanto, aunque durante la evaluación, explicación y consolidación de los cambios el terapeuta también propone algunas ins-

trucciones al cliente, es durante el tratamiento cuando encontramos mayor frecuencia de instrucciones en consulta.

En segundo lugar, en los gráficos de evolución puede observarse que las instrucciones formuladas como indicación priman sobre las que se formulan como sugerencia. Creemos que esto tiene una notable relevancia clínica, en el sentido de que parece que este tipo de instrucciones difícilmente pueden generar dudas en el cliente en comparación con aquéllas formuladas como una sugerencia. Además, las instrucciones formuladas en segunda persona son más abundantes que las formuladas en primera persona. Se trata de ins-

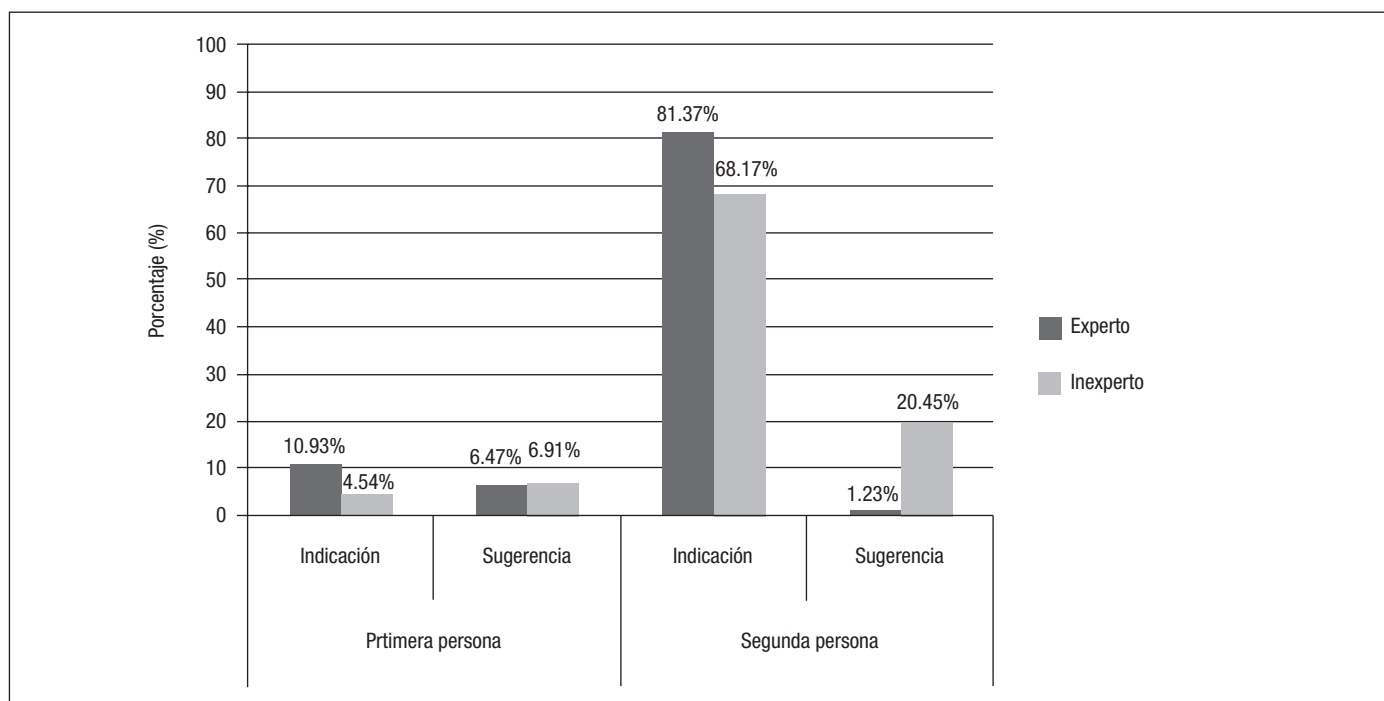


Figura 4. Porcentajes obtenidos por cada terapeuta en las categorías instruccionales según su formulación.

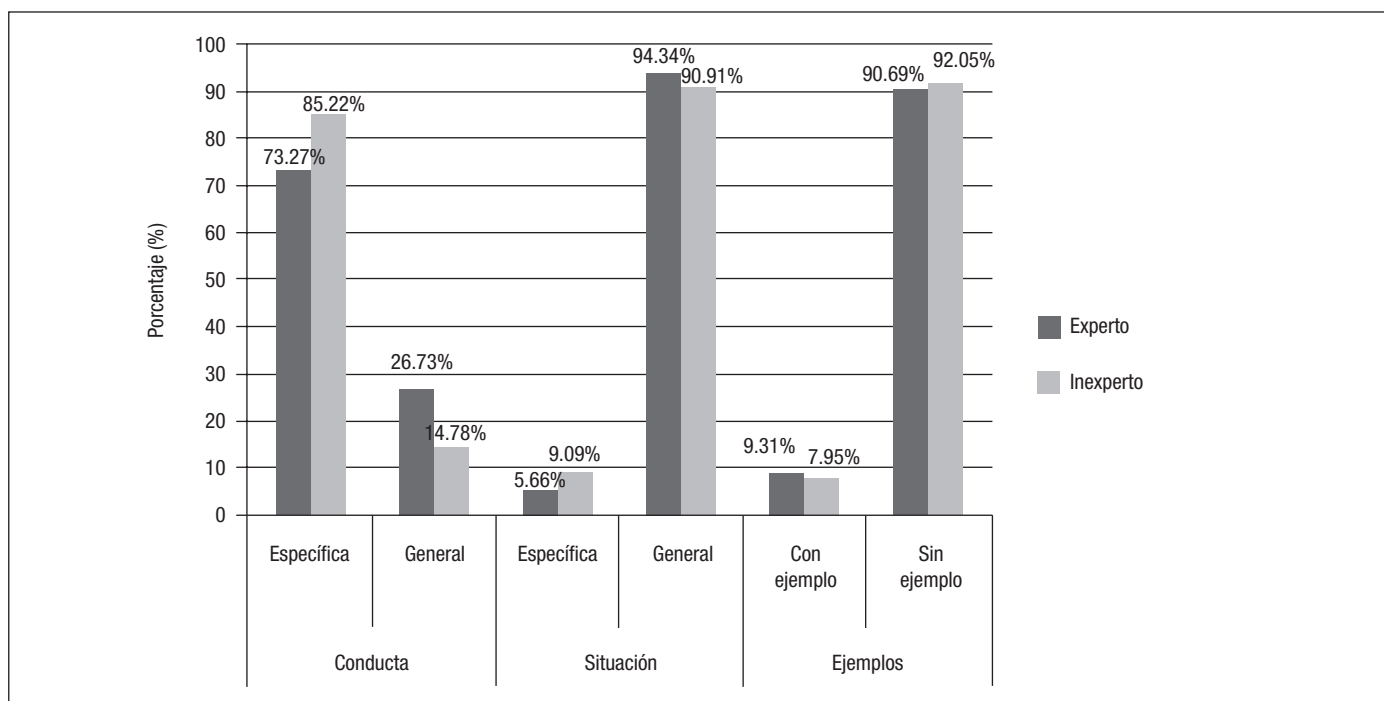


Figura 5. Porcentajes de instrucciones obtenidos por cada terapeuta según la especificidad de la conducta y la situación y el seguimiento de ejemplos.

trucciones que se expresan en forma de orden o mandato ("tienes que hacer...", "haz..."), convirtiéndose en las instrucciones prototípicas utilizadas por los terapeutas, que se mantienen bastante estables durante todo el tratamiento tal y como se puede ver en el gráfico de evolución. Este resultado nos hace pensar que los terapeutas son directivos en su quehacer como psicólogos, un resultado que es además congruente con las habilidades que exige el enfoque terapéutico conductual que sirve de marco a este estudio. Además, esta interpretación de los resultados se complementa con la que podemos hacer al analizar aquellos relativos al uso de instrucciones según el grado

de experiencia del terapeuta (experto-inexperto). Entre los resultados significativos vemos que precisamente el terapeuta experto es el que utiliza más frecuentemente este tipo de instrucciones, lo que tiene sentido por su mayor experiencia en la aplicación del tratamiento. Esta explicación tiene aún más sentido si vemos que el terapeuta inexperto utiliza más frecuentemente las instrucciones en forma de sugerencia, instrucciones que se formulan de forma laxa e incluso en ocasiones se formulan como preguntas que no parecen estar instruyendo sino haciendo una petición al cliente. Es importante señalar que la frecuencia total de instrucciones de sugerencia en segunda

Tabla 2

Análisis de las diferencias en las categorías instruccionales entre el terapeuta experto e inexperto

Según la formulación $\chi^2 = 42.636, p < .000^*$		
Modalidad	z	p
Primera persona indicación	1.8	.0359
Primera persona sugerencia	0.1	.4602
Segunda persona indicación	2.6**	.0047
Segunda persona sugerencia	6.4**	p < .000
Según la especificidad de la conducta $\chi^2 = 5.140, p = .023^*$		
Modalidad	z	p
Conducta específica	2.3**	.0107
Conducta general	2.3**	.0107
Según la especificidad de la situación $\chi^2 = 1.239, p = .266$		
Modalidad	z	p
Situación específica	1.1	.1357
Situación general	1.1	.1357
Según el uso de ejemplos $\chi^2 = 0.147, p = .702$		
Modalidad	z	p
Con ejemplo	0.4	.3446
Sin ejemplo	0.4	.3446

* Significación bilateral calculada con la prueba chi-cuadrado.

** Significación bilateral calculada con los residuos corregidos.

persona es muy baja, por lo que es difícil extraer conclusiones al respecto.

Por otro lado, la evolución de las instrucciones de sugerencia en segunda persona coincide con la distribución de las instrucciones totales a lo largo del proceso terapéutico, mientras que en el caso de las instrucciones de indicación y sugerencia en primera persona se encuentra una disminución hacia el final del tratamiento. Es posible que, al tratarse de instrucciones que aluden al deseo por parte del terapeuta ("quiero que...", "me gustaría que...") de que el cliente lleve a cabo la conducta instruida o a la importancia de llevar a cabo dicha conducta ("creo que es muy importante que...", "creo que te vendrá muy bien..."), se utilicen de forma más frecuente en los primeros momentos de la intervención para motivar al cliente y que luego el psicólogo vaya prescindiendo de ellas progresivamente.

Adicionalmente, los resultados obtenidos nos permiten comprobar que mayoritariamente los terapeutas no delimitan en sus instrucciones las situaciones específicas en las que los clientes deben poner en marcha las pautas indicadas, sino que hacen referencia a situaciones generales. Desde la aplicación clínica, aunque podríamos pensar que este hecho podría ser una dificultad a la hora de enseñar a nuestros clientes a discriminar las situaciones en las que llevar a cabo las pautas instruidas, también podríamos plantear la hipótesis de que puede ser una estrategia adecuada para que sean los clientes quienes generalicen los comportamientos que les estamos pidiendo que lleven a cabo, lo cual sería muy importante de cara a la consolidación de los cambios y la prevención de recaídas. De hecho, si observamos el gráfico de la evolución de las instrucciones de esta modalidad, podemos observar cómo suelen ser las más frecuentes durante todo el tratamiento, a excepción de los momentos en los que el terapeuta *explica*, en los cuales tiende a disminuir. Se podría suponer, por tanto, que los terapeutas tienden a aludir a situaciones generales en sus instrucciones para que los clientes generalicen el comportamiento a diferentes situaciones, pero justamente no hacen esto en los momentos en que explican su problemática al cliente, momento en el que utilizan situaciones concretas que han recogido durante la evaluación de la problemática.

Un efecto similar al de la evolución de las instrucciones según la especificidad de la situación lo podemos observar en el caso de las instrucciones según la especificidad de la conducta. En este caso, aunque las instrucciones de conducta específica ocupan mayoritariamente toda la intervención psicológica, durante los momentos en los cuales el terapeuta *evalúa* suele haber un aumento de instrucciones de conducta específica y, por tanto, una disminución de instrucciones de conducta general. Esto podría ser explicado también por lo mencionado anteriormente, es decir, que los terapeutas, durante los momentos en los cuales explican a sus clientes información en relación a su problemática, están aludiendo a comportamientos concretos que el cliente ha referido durante los momentos de evaluación. Además, también de forma congruente con lo expuesto anteriormente en relación a la generalización de las pautas instruidas, las instrucciones de conducta general tienden a aumentar hacia el final de la terapia, en los momentos de consolidación.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que, aunque los resultados nos muestren pequeñas oscilaciones, el mayor número de instrucciones según la especificidad de la conducta se encuentra en las instrucciones de conducta específica, con lo cual, al igual que en el caso de las instrucciones de situación general, si existiese intención por parte de los terapeutas de utilizar conductas generales para que el cliente generalice lo instruido a los comportamientos de su vida, este hecho no se aplicaría de forma tan sistemática en el caso de la especificidad de la conducta. Y además podemos añadir que, vistos los resultados de las diferencias entre los terapeutas, es en el caso del terapeuta inexperto en el que hay una mayor especificación de la conducta. En caso de que pudiésemos generalizar nuestros resultados parece que los terapeutas inexpertos apuestan menos por la generalización de la conducta instruida, siguiendo nuestra hipótesis de la generalización.

Finalmente, cabe mencionar que el uso de los ejemplos a la hora de instruir al cliente no es muy frecuente en los terapeutas observados. No obstante, si observamos las gráficas de evolución de este tipo de instrucciones, en los momentos en los que el terapeuta *trata* hay un leve aumento de las instrucciones con ejemplo, lo cual indica que en los momentos en los que el terapeuta prescribe al cliente ciertos comportamientos que configuran el tratamiento sí que utilizan más ejemplos que en el resto de la intervención, posiblemente con la intención de que el cliente entienda mejor las instrucciones de éste.

Este estudio nos ha permitido obtener una primera descripción del uso de distintos tipos de instrucciones a lo largo del proceso terapéutico, de manera que se llena un vacío existente en la literatura científica en esta materia. A pesar de todo lo comentado anteriormente tenemos presentes las limitaciones de nuestro trabajo a nivel metodológico. Consideramos que es imprescindible replicar este estudio con una muestra más amplia y representativa para poder extraer conclusiones generalizables. Por otra parte, es importante mejorar la precisión de nuestro sistema de categorías, para lo cual sería necesario, aparte de obtener porcentajes de acuerdo en unos intervalos óptimos, obtener pruebas estadísticas que corrijan los posibles acuerdos debidos al azar, utilizando para ello el *coeficiente kappa de Cohen* (Cohen, 1960).

En cuanto a los estudios futuros en esta línea de investigación, nuestro propósito radica tanto en asumir y solventar las limitaciones anteriormente mencionadas como en poner en relación la conducta verbal del terapeuta en la emisión de las instrucciones con la conducta de seguimiento de instrucciones por parte del cliente. En otras palabras, nuestro fin último sería analizar cómo la forma de instruir del terapeuta influye en el comportamiento del cliente, en concreto sobre el seguimiento de las instrucciones y la adhesión al tratamiento. De esta manera podríamos establecer a largo plazo criterios sobre cómo mejorar la eficacia de las intervenciones psicológicas y las guías de actuación dirigidas al psicólogo clínico. Sería importante, además, poner en relación los estudios realizados sobre instrucciones a nivel básico, ya mencionados en la introducción (Azrin, 1958;

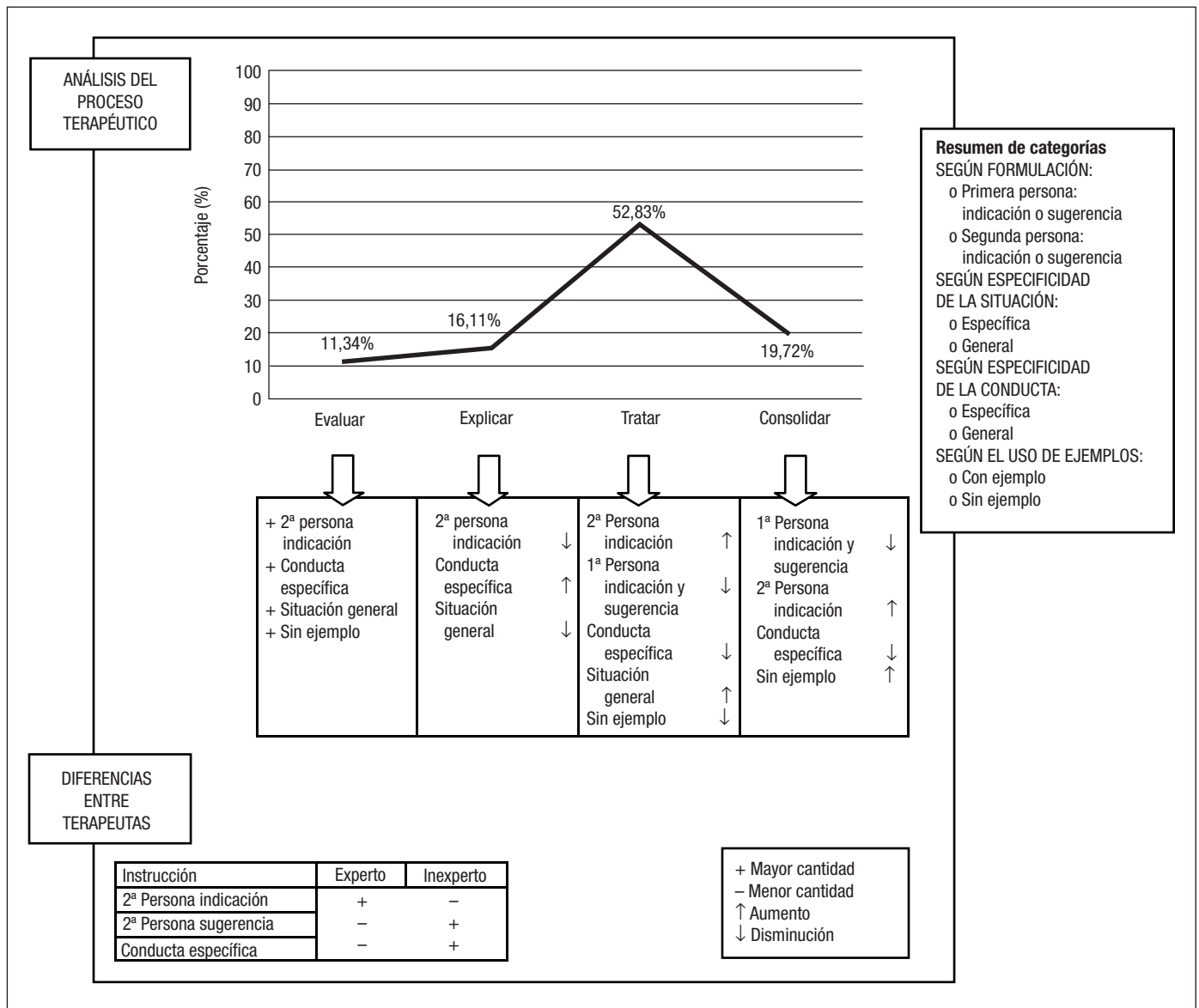


Figura 6. Cuadro resumen de los resultados más relevantes encontrados a lo largo del proceso terapéutico y en las comparaciones entre terapeutas.

Baron et al., 1969; Kaufman et al., 1966; Ribes, 2000; Weiner, 1962), con los estudios en contextos clínicos pendientes aún de realizar, lo que pone de manifiesto, una vez más, la necesidad de establecer un puente entre la psicología básica y aplicada.

El presente trabajo no ha pretendido dar respuestas concretas sino plantear hipótesis que se podrían confirmar en estudios futuros más rigurosos. Es más, compartimos la propuesta de Ruiz (2011) de que para poder estudiar momento a momento la interacción entre el terapeuta y el cliente se necesita el paso previo de estudiar la conducta de ambos por separado antes de ponerlas en relación. Sin embargo, creemos que los resultados obtenidos permiten señalar algunas de estas hipótesis que se tendrán que abordar en el futuro.

Extended summary

Researchers of human behavior should promote that research and clinical practice in psychology get closer. Thereby, the study of verbal behavior taking place within the interaction between therapist and client in clinical settings should be considered in current clinical psychology studies. In our study we focus on a concrete kind of verbalizations, instructions provided to the client by the psychologist

with the aim of influencing client's out session behavior. Instructions play an important role in therapy and should be taken into account to obtain a good adherence to psychological treatment.

Therapeutic adherence is a complex phenomenon subject to the influence of multiple factors of a different nature. As pointed out by Amigó, Fernández, and Pérez (2009), the adherence is a behavioral issue since it basically depends on patient's behavior, being tightly related to clinical behavior—the therapist tries to influence what the client does through his verbal behavior. This approach of therapeutic adherence emphasizes the importance of the therapeutic relationship, the communication between therapist and client, as well as the importance of the instructions emitted by the therapist. This study is framed by this approach.

Studies about instructions were at first carried out in experimental settings, but not in applied settings. These studies demonstrated that instructions play a role in behavioral control, showing the subject what he or she has to do and even what it is going to happen if he or she does what the therapist order him to do. This is the reason why some researchers equate instructions to the concept of discriminative control (e.g., Galizio, 1979; Hayes and Hayes, 1989. Therefore, we can conclude that the study of instructions is essential to know the role

they play in the adherence to psychological treatment. Along these lines, the aim of the present work is to show a first descriptive approach to the study of instructions in therapy as a first step to a long-term research about their effect on the therapeutic process.

Sixteen one-hour recorded sessions were analyzed (eight sessions each case). Interventions were carried out by two behavioral psychologists, an experienced clinical psychologist (over 15 years of clinical practice) and an inexperienced one (less than 2 years of clinical practice). Both psychologists worked at the Instituto Terapéutico de Madrid (ITEMA), a private institution. Treatment was carried out on an individual basis with the patients, both with an anxiety problem. The treatment was successfully completed; beforehand, an informed consent for observation and coding was obtained from the therapist, the client, and the director of the center.

The Observer XT 6.0, software marketed by Noldus Information Technology, was used for the observation, coding, and analysis of sessions. We studied the therapist's verbal behavior variable and specifically, the instructions emitted by the therapist as they are defined in the therapist's verbal behavior coding system (SISC-CVT; Froján et al., 2008; Montaña, 2008; Ruiz, 2011; Virués-Ortega, Montaña-Fidalgo, Froján-Parga, and Calero-Elvira, 2011). Additionally we used a preliminary coding system of instructions (SISC-INS-T), which was created *ad hoc* for this study. This categorization system codes the instructions according to four criteria: (1) the way they are formulated (categories: first vs. second person, subcategories: indication vs. suggestion); (2) concretion of the behavior instructed (categories: specific vs. general); (3) clarity of specification of the situation where the instructed behavior should be put into practice (categories: specific vs. general); and (4) use of examples by the therapist when he instructs the client, i.e., hypothetical situations in which the client should put the instructed behavior into practice (categories: with vs. without examples).

In order to study the use of instructions by therapists, both cases were differentiated through clinically relevant activities (*assess, explain, treat/train, consolidate changes*) prevailing at each session to analyze instruction distribution. We calculated intra and inter-judge agreement percentage indices to provide adequate scientific guarantees, with a chief observer (observer 1) and the collaboration of a second observer (observer 2).

Results are presented in two sections: first, the general distribution of instructions throughout the therapeutic process; second, percentages of instructional categories according to the therapist experience; additionally, differences between therapists are shown.

Regarding the general distribution of instructions along the therapeutic process, results show that the percentage of instructions varies considerably between clinically relevant activities. It is important to note that the highest percentage of instructions is concentrated at times when the therapist treats the client's problem and the smallest percentage of instructions when the therapist is assessing the client's problem. As expected, after having assessed the client's problem and having explained the functional analysis, psychologists start to prescribe different strategies as intervention techniques that the client should apply beyond the clinical setting; clinical change is expected to occur this way. Therefore, even though the therapist also gives the client some instructions during the assessment, explanation and consolidation of changes, instructions are more frequent during treatment.

If we analyze the distribution of instructions in each clinically relevant activity according to their formulation as first or second person and according to their respective subcategories, we find that there is a higher use of instructions as an indication than as a suggestion. We think this has remarkable clinical relevance because this kind of instructions hardly can create doubts to the client in comparison with instructions formulated as a suggestion. Furthermore, instructions formulated as second person are more

frequent than instructions formulated as first person. These instructions are expressed like an order or mandate ("You have to.../do...") and they are the prototypical instructions used by the therapists.

As for the distribution of instructions according to the specificity of behavior, we observe that here is a higher frequency of instructions indicating a specific behavior and these instructions keep stable along the therapeutic process but they decrease towards the end. Although we could think that this fact could be a problem in a clinical context when therapists teach the client to discriminate different situations where to put the instructed strategies into practice, we can also hypothesize that it could be a good strategy to make clients generalize the behaviors instructed in session. However, according to the specificity of the situation, there is a predominance of instructions indicating a general situation versus instructions indicating a specific situation. The evolution of instructions according to the specificity of the situation shows that the instructions indicating a general situation tend to decrease at times when therapist assess though they keep steady during the rest of the psychological intervention.

On the other side, in the categorization of instructions according to the use of examples we observe that therapists do not usually emit examples when they instruct the client even though they do it slightly at times when the therapist *treat*. It is at these moments when therapists prescribe the clients some behaviors that take part of the treatment, that it seems they use more examples than in the rest of the intervention, may be in an attempt to get a better understanding of the instructions by the client.

Regarding differences between the experienced and the inexperienced therapist, they are significant in the instructional categories according to their formulation and to the specificity of the instructed behavior, but not according to the specificity of the situation and to the use of examples.

After a detailed analysis we find that the experienced therapist use second person instructions as an indication more frequently than the inexperienced therapist, namely, she or he is more directive in the use of instructions. This makes sense because of her/his higher experience in the application of treatments. However, the experienced therapist uses instructions with specific behavior less frequently.

Despite the fact that results have to be interpreted with caution due to the small sample, we think they are a first step in a new line of research that in the long term could help improve the effectiveness of interventions in applied clinical psychology. In this sense, this study allows us to get a first description of the use of different kinds of instructions across the therapeutic process, so that it fills a gap in this subject of scientific literature. In the long term, this line of research aims at analyzing in what manner the therapist emits the instructions influences client's behavior, specifically following instructions and treatment adherence

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Amigó, V., Fernandez, C. y Pérez, M. (2009). *Manual de Psicología de la Salud* (3ª edición). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ayllon, T. y Azrin, N. H. (1964). Reinforcement and instructions with mental patients. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 7, 327-331.
- Azrin, N. H. (1958). Some effects of noise on human behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1, 183-200.
- Baron, A. y Kaufman, A. (1966). Human, Free-Operant Avoidance of 'Time out' from Monetary reinforcement. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 9, 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, 701-712.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.

- Ferrer, V. A. (1995). Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Revista Psicología de la Salud*, 7, 35-61.
- Froján, M. X. (2011). ¿Por qué funcionan los tratamientos psicológicos? *Clínica y Salud*, 22, 201-204.
- Froján, M. X., Montaña, M., Calero, A., García, A., Garzón, A. y Ruiz, E. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema*, 20, 603-609.
- Froján, M. X., Montaña, M., Calero, A. y Ruiz, E. (2011). Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico. *Clínica y Salud*, 22, 69-85.
- 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.
- Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17, 502-505.
- Haynes, R. B. (1979). *Compliance with health care*. Baltimore, U.S.: Johns Hopkins University Press.
- Hayes, S. C. y Hayes, L. J. (1989). The verbal action of the listener as a basis for rule governance. En S. C. Hayes (Eds.), *Rules governed behavior: Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 153-190). Nueva York: Plenum Press.
- Kaufman, A., Baron, A. y Kopp, R. E. (1966). Some effects of instructions on human operant behavior. *Psychonomic Monograph Supplements*, 1, 243-250.
- Libertad, A. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista cubana de salud pública*, 30(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008
- 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, 135-136.
- 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.
- Masur, F. y Anderson, K. (1988). Adhesión del consultante al tratamiento: un reto para la psicología de la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20, 103-126.
- Montaña, M., Froján, M. X., Ruiz, E. M. y Virués-Ortega, F. J. (2011). A 'moment-to-moment' analysis of the therapeutic process from a functional-analytic approach. *Clínica y Salud*, 2, 5-12.
- Montaña, M. (2008). *Estudio de la conducta verbal del psicólogo para el análisis del proceso terapéutico* (tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Madrid.
- 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.
- 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.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5, 159-172.
- Ribes, E. y Martínez, H. (1990). Interaction of contingencies and ruleinstructions in the performance of human subjects in conditional discrimination. *The Psychological Record*, 40, 565-586.
- Ribes, E. (2000). Instructions, rules, and abstraction: A misconstrued relation. *Behavior and Philosophy*, 28, 41-55.
- Rodríguez, J. (2005). Cumplimiento terapéutico del paciente y seguridad clínica. *Humanitas, Humanidades médicas*, 8, 101-110.
- Ruiz, E. M. (2011). *Una aproximación funcional al estudio de la interacción verbal en terapia* (tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Madrid.
- Shimoff, E., Catania, A. C. y Matthews, B. A. (1981). Uninstructed human responding: Sensitivity of low-rate performance to schedule contingencies. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 36, 207-220.
- Silva, G. E., Galeano, E. y Correa, J. O. (2005). Adherencia al tratamiento. *Acta Médica Colombiana*, 230, 268-73.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. Nueva Jersey, U. S.: Appleton-Century-Crofts.
- Virués-Ortega, J., Montaña-Fidalgo, M., Froján-Parga, M. X. y Calero-Elvira, A. (2011). Descriptive Analysis of the Verbal Behavior of a Therapist: A Known-Group Validity Analysis of the Behavioral Functions Involved in Clinical Interaction. *Behavior Therapy*, 42, 547-559.
- Weiner, H. (1962). Some effects of response cost upon human operant behavior. *Journal of experimental analysis of behavior*, 5, 201-208.
- 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.