

ASIGNACIÓN DE TAREAS TERAPÉUTICAS Y REVISIÓN DE SU CUMPLIMIENTO DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL: LAS SECUENCIAS VERBALES ENTRE TERAPEUTA Y CLIENTE

Carlos Marchena Giráldez¹, María Xesús Froxán Parga²
y Ana Calero Elvira²

¹*Universidad Francisco de Vitoria;* ²*Universidad Autónoma de Madrid (España)*

Resumen

Las tareas terapéuticas (tareas para casa) constituyen una estrategia propia de la psicología conductual para conseguir el cambio clínico. El presente estudio tiene como objetivo determinar cómo los terapeutas conductuales asignan las tareas terapéuticas y cómo revisan el cumplimiento. Se analizó la interacción verbal entre el terapeuta y el cliente en 211 sesiones grabadas (19 casos completos de éxito) mediante metodología observacional, a través del uso de un sistema de categorización (SIS-INTER-INSTR). Los valores de fiabilidad inter e intrajueces fueron entre buenos y excelentes. Los resultados muestran que los psicólogos conductuales emiten verbalizaciones motivadoras cuando asignan tareas terapéuticas. En la revisión del cumplimiento, frecuentemente refuerzan el cumplimiento de las tareas, pero dejan de evaluar el cumplimiento cuando el cliente informa que las ha realizado de forma parcial. Las secuencias verbales obtenidas proporcionan información sobre cómo los terapeutas conductuales dan instrucciones sobre las tareas terapéuticas y como revisan su cumplimiento. Esta información es un primer paso en el estudio de cómo esas secuencias pueden predecir o contribuir al establecimiento de una óptima colaboración terapéutica y a la eficacia del tratamiento.

PALABRAS CLAVE: *instrucciones, tareas terapéuticas, cumplimiento, colaboración terapéutica.*

Abstract

Therapeutic (homework) tasks are a characteristic strategy in behavioral psychology to achieve clinical change. The aim of the present study is to determine how behavioural therapists assign therapeutic tasks and review their compliance. Observational methodology was used to analyse the verbal interaction of therapists and clients in 211 recorded sessions (19 complete successful cases) using a validated coding system (SIST-INTER-INSTR). The values for inter- and intra-judge reliability were from good to excellent. The study shows that behavioural psychologists offer motivating verbalisations when assigning therapeutic tasks. During the review of task compliance, therapists frequently provide positive reinforcement when clients report complete compliance with the assigned task but stop the review of tasks when clients report non-compliance or only partial compliance with the task. These

sequences provide information about how behavioural therapists provide instructions for therapeutic tasks and review their compliance. This is a first step to study how these verbal sequences favour the establishment of TC and the effectiveness of treatment.

KEY WORDS: *instructions, therapeutic tasks, compliance, therapeutic collaboration.*

Introducción

En psicoterapia, la colaboración terapéutica (CT) ha sido definida como la alianza entre el psicólogo y el cliente en el trabajo terapéutico (Ribeiro *et al.*, 2013). Frente a una visión del cliente como único responsable, algunos autores consideran la TC como el resultado de la acción terapéutica que ocurre durante la sesión clínica entre el terapeuta y el cliente. Esta metodología implica, entre otras cuestiones, el establecimiento de objetivos compartidos por el psicólogo y el cliente que tiene lugar durante el encuentro clínico (Horvath, 2013; Ribeiro *et al.*, 2018; Tryon y Winograd, 2011).

Algunos estudios sugieren que la colaboración terapéutica tiene un impacto significativo en el desarrollo de la relación terapéutica. Concretamente, esta relación puede considerarse adecuada cuando se establece un grado óptimo de CT (Ribeiro *et al.* 2014). Además, la CT ha demostrado ser importante, no solo en la construcción de una adecuada alianza terapéutica, sino también debido a su papel para conseguir resultados positivos durante las intervenciones clínicas (Bachelor *et al.*, 2007). Por ejemplo, Taveira *et al.* (2017) encontraron que el trabajo colaborativo estaba asociado con el progreso del cliente y, consecuentemente, con el cambio clínico favorable. De forma similar, Ribeiro *et al.* (2019) hallaron más episodios de falta de colaboración en casos que se consideraban de fracaso terapéutico en comparación con aquellos que se consideraban de éxito.

Más allá del éxito de la intervención clínica, el abandono terapéutico también ha demostrado tener relación con el mantenimiento o la ruptura de la CT entre el terapeuta y el paciente. Así, por ejemplo, en un estudio de Cardoso *et al.* (2020) se observó que la proporción de rupturas de la CT era mayor en los casos en los que se interrumpió la terapia. En otro estudio, de Pinto *et al.* (2018), analizando siete casos de abandono terapéutico, observaron cómo la CT había disminuido a lo largo de la intervención. Además, resultados similares se han encontrado en casos con diferentes perspectivas terapéuticas (p. ej., Ferreira *et al.*, 2015; Ribeiro *et al.* 2014; 2016).

Estos estudios destacan la importancia de la interacción terapéutica (o conversación terapéutica) para construir una relación terapéutica y, en última instancia, lograr resultados terapéuticos positivos (Pinto *et al.* 2018). Esta idea se contrapone a una visión centrada en el diagnóstico o sintomatología del cliente como agente causal de la relación terapéutica. Como consecuencia, este enfoque pone de manifiesto la interdependencia entre los procesos terapéuticos y los resultados de la intervención clínica, dos ámbitos de investigación tradicionalmente enfrentados dentro del campo de la Psicología (Froján *et al.*, 2006).

Desde el punto de vista conductual, esta interdependencia entre procesos y resultados puede reflejarse en las instrucciones que los psicólogos proporcionan para

asignar las tareas terapéuticas, dirigidas a aplicar técnicas de modificación de conducta y, en última instancia, a lograr un cambio clínico positivo. Sin embargo, estas tareas no pueden entenderse sin tener en cuenta cómo la CT y la alianza terapéutica contribuyen a alcanzar estos resultados (Kazantzis *et al.*, 2003).

Por lo tanto, es imprescindible estudiar los micro-procesos dentro del contexto clínico, analizando en cada momento la interacción del terapeuta y el cliente (Taveira *et al.*, 2017). Sin embargo, la mayoría de las investigaciones sobre la asignación de tareas se centran en las recomendaciones clínicas, construidas a partir de lo que los terapeutas y clientes manifiestan que ocurre en el contexto clínico y/o mediante el uso de cuestionarios (p. ej., Coon *et al.*, 2002; Cronin *et al.*, 2015; Kazantzis y Lampropoulos, 2002; Startup y Edmons, 1994). No obstante, estas metodologías discrepan de las directrices del Grupo de trabajo sobre relación terapéutica basada en la evidencia (*Task Force on Evidence Based Relationship and Responsiveness*) de la *American Psychological Association*, que recomiendan el uso de una metodología observacional para la investigación en el campo de la relación terapéutica (Norcross y Lambert, 2018).

Siguiendo esta metodología, algunos investigadores han realizado estudios descriptivos sobre cómo los psicólogos proporcionan instrucciones sobre tareas terapéuticas desde una perspectiva conductual. Por ejemplo, Ruiz *et al.* (2015) encontraron que después de recibir instrucciones sobre alguna tarea, los clientes tendían a mostrar una mayor aceptación, o a pedir más información sobre la tarea instruida; un estudio de Galván *et al.* (2020) encontraron que los terapeutas generalmente proporcionan instrucciones sobre tareas terapéuticas como respuesta a verbalizaciones antiterapéuticas por parte del cliente. Más allá de estos estudios descriptivos, de Pascual y Trujillo (2018) realizaron un estudio correlacional en el que encontraron un mayor cumplimiento de las tareas terapéuticas por parte de los clientes cuando los terapeutas proporcionaban instrucciones acompañadas de verbalizaciones motivadoras.

A pesar de la importancia de estos hallazgos, estos estudios analizan todo el proceso terapéutico y no se centran de forma específica en los momentos en los que el terapeuta asigna y revisa las tareas terapéuticas. Por consiguiente, los sistemas de codificación utilizados por los autores no identifican las particularidades de estos momentos específicos en las sesiones clínicas. Teniendo en cuenta esta limitación, y la importancia de las tareas terapéuticas en el contexto de la terapia conductual, el presente estudio pretende profundizar en la comprensión de los procesos terapéuticos desde una perspectiva conductual. El objetivo, por tanto, es responder a la pregunta: ¿cuál es la interacción verbal entre terapeuta y cliente cuando se asignan y revisan tareas terapéuticas? Siguiendo con esta cuestión, el objetivo del presente estudio es describir las secuencias verbales entre el terapeuta y el cliente cuando el terapeuta asigna y revisa las tareas terapéuticas.

La respuesta a esta pregunta representa un primer paso descriptivo, centrado en la CT específica que tiene lugar en los momentos que se asignan y revisan las tareas terapéuticas. Este primer paso servirá como punto de partida para futuros estudios que analicen el papel de la CT en el cumplimiento de las tareas terapéuticas y, en última instancia, en el resultado de la intervención clínica.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 211 sesiones clínicas con una duración aproximada de una hora, pertenecientes a 19 casos tratados por 11 terapeutas con distintos grados de experiencia. Todos los casos fueron de éxito debido a que se alcanzaron los objetivos terapéuticos y los clientes recibieron el alta de la terapia. Los casos fueron seleccionados mediante un muestreo de conveniencia no probabilístico. Los terapeutas pertenecían a una clínica privada de Madrid y desconocían el objetivo del estudio. Los psicólogos tenían orientación conductual, y en todos los casos, los participantes eran adultos que recibían tratamiento psicológico de forma individual. Las características más relevantes de cada caso se recogen en la tabla 1.

Tabla 1
Características de la muestra

Caso	Número de sesiones y duración media	T	Sexo	Edad	Condición
1	13 (00:58:48)	1	M	29	Depresión
2	10 (00:48:54)	1	M	32	Problemas de pareja
3	8 (00:39:20)	1	M	36	Agorafobia
4	10 (00:48:00)	2	H	42	Ansiedad
5	12 (00:59:21)	2	H	58	Depresión
6	13 (00:48:36)	3	H	36	Ansiedad
7	8 (00:46:17)	3	H	18	Ataques de pánico
8	12 (01:01:55)	4	H	48	Ansiedad
9	9 (00:56:44)	5	M	29	Ansiedad
10	12 (01:07:00)	6	H	34	Hipochondria
11	11 (01:04:31)	7	M	24	Conflictos familiares
12	7 (00:48:47)	2	M	25	Problema de la conducta alimentaria
13	8 (00:43:38)	4	H	21	Aracnofobia
14	11 (01:01:23)	5	M	34	Ruptura de pareja
15	8 (00:52:20)	8	M	19	Déficit de habilidades sociales
16	10 (01:09:29)	9	H	22	Ansiedad
17	19 (00:53:00)	10	H	22	Ansiedad
18	16 (01:01:25)	10	H	22	Déficit de habilidades sociales
19	14 (00:56:48)	11	M	22	Celos
Total	211 (196h 12m 23s)		H= M=	M= 30,15 DT= 10,6	

Nota: T= Número de terapeuta; H= Hombre; M= Mujer.

Instrumentos

El *Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta y cliente durante la emisión de instrucciones y la revisión del cumplimiento* (SIST-INTER-INSTR) fue creado para categorizar la interacción verbal durante las sesiones. El sistema de codificación se divide en dos bloques: bloques de instrucción, correspondientes a los momentos en los que el terapeuta instruye sobre la tarea terapéutica; y bloques de revisión, correspondientes a los momentos en los que el terapeuta está revisando el cumplimiento de las tareas asignadas.

El inicio de los bloques de instrucción tenía lugar cuando el terapeuta empezaba a hablar sobre la tarea a asignar o bien la instruía directamente. Se consideraba que el bloque concluía cuando el psicólogo o el cliente cambiaban el tema de conversación, o cuando el terapeuta comenzaba a hablar sobre una tarea diferente. En este último caso, se procedía a abrir un nuevo bloque de instrucciones.

Del mismo modo, el inicio de los bloques de revisión tenía lugar cuando el terapeuta empezaba a evaluar el cumplimiento de las tareas y finalizaban cuando el terapeuta o el cliente cambiaban de tema, o cuando el terapeuta comenzaba a evaluar el cumplimiento de una tarea diferente. En este último caso se abría otro bloque de revisión.

Estos bloques de instrucciones y de revisión contienen las verbalizaciones específicas del terapeuta y el cliente según su contenido. Los criterios de categorización y ejemplos figuran en las tablas 2, 3, 4 y 5.

Tabla 2

Categorías de verbalizaciones del terapeuta en los bloques de instrucciones del SIST-INTER-INSTR

Categorías	Descripción	Ejemplo
Instrucción	Verbalización del terapeuta asignando al cliente una tarea terapéutica para el contexto extra-clínico.	"Esta semana tienes que exponerte al siguiente paso: coger el metro. Una vez al día..."
Discriminatorio de viabilidad	Verbalización para evaluar la viabilidad de que el cliente lleve a cabo la tarea encomendada.	"¿Tendrías tiempo esta semana para hacer una actividad de la lista que hemos hecho?"
Discriminatorio de dificultad	Verbalización para evaluar las posibles dificultades que el cliente prevé sobre la tarea.	"Dime, ¿crees que esta tarea será difícil para ti?"
Discriminatorio de opinión	Verbalización para evaluar la opinión del cliente sobre la tarea asignada.	"¿Qué te parece?"
Discriminatorio de ejecución	Verbalización para evaluar cómo realizará el cliente la tarea instruida.	"¿Cómo lo harás? ¿Cómo se lo dirás?"
Discriminatorio de comprensión	Verbalización para evaluar si el cliente comprende la tarea encomendada.	"¿Entiendes lo que tienes que hacer esta semana? ¿Está claro?"
Establecimiento de la operación	Verbalización para aumentar la probabilidad de que el cliente lleve a cabo la tarea asignada.	"Te ayudará", "Si no, te sentirás mal"

Tabla 3

Categorías de verbalizaciones del cliente en los bloques de instrucciones del SIST-INTER-INSTR.

Categorías	Descripción	Ejemplo
Anticipación del cumplimiento de las instrucciones	Verbalización que indica la intención de realizar la tarea instruida.	"Sí, lo haré, necesito cambiar la forma de hacer esto"
Anticipación del incumplimiento de las instrucciones	Verbalización que indica la intención de no realizar la tarea instruida.	"Sinceramente, creo que no podré hacerlo"
Muestra de aceptación	Verbalización en la que el cliente indica su acuerdo con el terapeuta.	"Vale", "Perfecto", "No hay problema".
Muestra de desacuerdo	Verbalización en la que el cliente muestra su desacuerdo con el terapeuta.	"No, por favor, no me preguntes eso"

Tabla 4

Categorías del terapeuta en los bloques de revisión del SIST-INTER-INSTR

Categorías	Descripción	Ejemplo
Discriminativo de cumplimiento específico	Verbalización para evaluar el cumplimiento de una tarea específica.	"¿Has sido capaz de coger el metro esta semana?"
Discriminativo de cumplimiento no específico	Verbalización para evaluar el cumplimiento de las tareas en general.	"Has hecho las tareas?"
Discriminativo de cumplimiento de dificultad	Verbalización para evaluar las dificultades del cliente en el cumplimiento de las tareas encomendadas.	"¿Tuviste algún problema con la técnica de respiración?"
Discriminativo de cumplimiento de ejecución	Verbalización para evaluar la forma en que el cliente ha realizado la tarea asignada.	"Dime, ¿cómo le hiciste la crítica?"
Refuerzo	Verbalización de aprobación, acuerdo o aceptación con la verbalización del cliente sobre el cumplimiento de la tarea.	"¡Eso está genial, enhorabuena! Es un gran paso".
Castigo	Verbalización de desaprobación, desacuerdo con la verbalización del cliente sobre el cumplimiento de la tarea.	"No es una excusa, eso no está bien"

Tabla 5
Categorías del cliente en los bloques de revisión del SIST-INTER-INSTR

Categoría	Descripción	Ejemplo
Cumplimiento total de instrucciones	Verbalización que indica el cumplimiento total de la tarea instruida.	"Sí, he hecho la lista de actividades agradables, aquí tienes"
Cumplimiento parcial de instrucciones	Verbalización que indica un cumplimiento parcial u ocasional de la tarea asignada.	"Bueno, no he practicado la relajación todos los días, sólo tres días"
Incumplimiento de instrucciones	Verbalización que indica el incumplimiento de la tarea instruida.	"Lo siento, pero esta semana me ha sido imposible"
Verbalización logro	Verbalización que indica los objetivos terapéuticos alcanzados con el tratamiento.	"Lo tengo; no puedo creer que haya conseguido conducir solo"
Verbalización del fracaso	Verbalización que indica el fracaso en la consecución de objetivos terapéuticos o de una tarea específica.	"Ha sido un desastre, me siento decepcionado"
Proporcionar información	Verbalización que aporta información relevante para el cumplimiento de la tarea.	"Esta vez ha sido más fácil para mí poder hacer la relajación"

Procedimiento

El presente trabajo se basa en la identificación de las instrucciones verbales proporcionadas por el terapeuta utilizando un sistema de categorización desarrollado por Froján *et al.* (2008). Durante la etapa inicial, con el fin de perfeccionar el sistema de categorización, un experto en terapia conductual (Observador 1) observó las sesiones clínicas para proponer categorías de las verbalizaciones del terapeuta y el cliente durante los bloques de instrucción y revisión. Un segundo observador (Observador 2), también con experiencia en terapia conductual, codificó las mismas sesiones clínicas que el Observador 1 para perfeccionar el sistema de categorización. Cualquier discrepancia era discutida en reuniones periódicas de un equipo de expertos en metodología observacional y en sistemas de categorización de la conducta verbal. Como resultado, se elaboró un sistema de categorías consensuado que tenía en cuenta las cuestiones teóricas y clínicas planteadas durante las reuniones. Esta fase de depuración se consideró completada cuando el valor de kappa de Cohen se situó entre "bueno" y "excelente" en 10 sesiones consecutivas (Bakeman, 2000; Landis y Koch, 1977).

Tras esta fase de depuración, se procedió a seleccionar la muestra. Para garantizar la fiabilidad del sistema de codificación, se calculó el porcentaje de acuerdo inter e intrajueces, y la kappa de Cohen. Como se indica en la sección "Investigadores", tras la codificación de un caso completo por el Observador 1, el Observador 2 codificó una sesión seleccionada al azar, y la sesión posterior a esta. Este mismo procedimiento se aplicó a las comparaciones intrajueces. En total, se realizaron 38 comparaciones interjueces y 38 comparaciones intrajueces. Para todas estas comparaciones inter e intrajueces el valor kappa de Cohen se mantuvo igual que en la fase de depuración (entre 0,7 y 1 para las comparaciones interjueces, y entre 0,7 y

0,95 para las comparaciones intrajueces). Por último, los datos se exportaron para su análisis mediante los programas informáticos adecuados.

Antes de proceder a la grabación, observación y análisis de las sesiones, todos los participantes dieron su autorización por escrito mediante un modelo de consentimiento informado, aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid.

INVESTIGADORES

Dos observadores con experiencia previa en el uso de metodología observacional y sistemas de categorización actuaron como jueces en el estudio. Los observadores contaban con una formación clínica y de investigación en terapia conductual y, con al menos, cinco años de experiencia. Tras codificar de forma independiente, los observadores se reunían para resolver los desacuerdos. Para ello, se elegían dos sesiones al azar de cada caso completado para ser comparado. Esta comparación se hacía mediante el cálculo del porcentaje de acuerdo interjueces y kappa de Cohen, que permitía garantizar un nivel de fiabilidad entre “bueno” y “excelente” (Bakeman, 2000; Landis y Koch, 1977). Del mismo modo, se analizó la fiabilidad mediante el porcentaje del acuerdo intrajueces y la kappa de Cohen en el Observador 1. Para ello, tras codificar un caso completo (caso 1), se elegían dos sesiones al azar de ese mismo caso. Para evitar el recuerdo, esas sesiones eran recodificadas por el mismo observador tras analizar otro caso completo (caso 2).

Análisis de datos

Para evaluar las secuencias verbales, se realizó un análisis secuencial. Este análisis se basó en las frecuencias observadas, determinando la probabilidad de que un evento ocurra antes y después de otro evento (en adelante, latencia -1 y latencia +1). En términos de verbalizaciones, se analizó la probabilidad de que cada categoría verbal ocurriera antes y después de otra categoría seleccionada (elegida por el investigador). Por ejemplo, se puede explorar qué tipo de verbalización del cliente es más probable (y estadísticamente significativa) que ocurra antes y después de una instrucción. Este tipo de análisis utiliza puntuaciones z para determinar si la probabilidad asociada es estadísticamente significativa. Así, un valor $p < 0,05$ o $p < 0,01$ indica una asociación estadística significativa entre estas categorías verbales. Además, se empleó la Q de Yule como tamaño del efecto, indicando la fuerza de la asociación entre las verbalizaciones de 0 a 1, siendo 1 la asociación máxima (Bakeman y Quera, 1994).

Se utilizó el software The Observer XT, para codificar todas las sesiones, y el software GSEQ v. 5.1. para analizar las secuencias verbales en la interacción entre el terapeuta y el cliente.

Resultados

En primer lugar, respecto a los bloques de instrucciones mostrados en la tabla 6, éstos comienzan directamente con la categoría de instrucción (p. ej., "Practica la relajación durante diez minutos antes de ir a coger el coche"), ya que es el que se encontró con mayor frecuencia en latencia -1. Las siguientes categorías con asociación significativa previa a las instrucciones fueron, de mayor a menor: de operación de establecimiento (p. ej. "Has comprobado que la técnica de relajación te hace sentir más tranquilo, te ayuda...¹"), discriminativo de viabilidad (p. ej. "¿Tendrías 10 minutos antes de coger el coche para practicar la relajación? ...") y de ejecución (p. ej. "¿Cómo podrías practicar la técnica de relajación antes de coger el coche? ¿En el sofá? ...").

Las verbalizaciones que se encontraron que con mayor probabilidad suelen preceder a la instrucción (latencia +1) fueron la categoría de operación de establecimiento (p. ej., "...y te sentirás mejor"), seguida del discriminativo de ejecución (p. ej., "... dime, ¿cómo lo harás?"), opinión ("... ¿qué piensas de esta tarea?"), comprensión ("... ¿te queda claro?") y dificultad ("... ¿crees que tendrás algún problema con esta tarea?").

En cuanto a las categorías de clientes tras las secuencias de instrucciones (latencia +1), la tabla 7 muestra que la única categoría con asociación estadísticamente significativa fue la aceptación ("perfecto"/"bien").

Tabla 6

Verbalizaciones del terapeuta antes y después de las instrucciones

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

Notas: B.I.= inicio/fin bloque de instrucciones; O.E.= 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. ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Tabla 7

Verbalizaciones del cliente tras las instrucciones del terapeuta

Latencia		Solicitar información	Proporcionar información	Anticipación de cumplimiento	Mostrar aceptación
Después (+1)	0,20	-0,57	0,25	0,20	.20
	0,33	-6,86	1,12	3,19*	3.19*

Nota: * $p < 0,05$.

En segundo lugar, la tabla 8 muestra que la categoría más frecuente, que aparece después (latencia -1) de la verbalización de cumplimiento total de las instrucciones por parte del cliente (p. ej., "Sí, lo he hecho, me he expuesto a ir en

¹ Los puntos suspensivos indican dónde se localizaría la instrucción dentro de la secuencia verbal.

metro”), fue el discriminativo de cumplimiento específico y no específico (p. ej., “¿Te has expuesto al metro? / ¿Has hecho las tareas?”). También se observó que el bloque de revisión suele comenzar directamente con la verbalización del cumplimiento total del cliente (p. ej., “¡He tenido una conversación con ella como me pediste la semana pasada!”). La siguiente categoría más probable, antes del cumplimiento total, es el inicio del bloque de revisión.

Después del cumplimiento total de las instrucciones (latencia +1), el refuerzo fue la asociación más estadísticamente significativa (p. ej., “¡Bien hecho!”); seguidas de las siguientes categorías en orden descendente: el discriminativo de cumplimiento de dificultad (p. ej., “¿Has tenido algún problema con la tarea?”), de ejecución (p. ej., “Dime, ¿cómo lo has hecho?”) y el discriminativo de cumplimiento específico (p. ej., “¿Y has practicado la relajación todas las noches antes de acostarte?”).

Tabla 8

Verbalizaciones del terapeuta antes y después de las verbalizaciones de cumplimiento total de las instrucciones por parte del cliente

Latencia		B. R.	D. Esp.	D. Ine.	D. Dif.	D. Eje.	Ref.	Cas.
Antes (-1)	Q	0,56	0,97	0,98	-1	-1	0,25	-1
	z	14,12*	60,61**	32,08**	2,65	-3,12	3,53*	-0,67
Después (+1)	Q	-0,95	0,29	-0,16	0,90	0,78	0,95	-1
	z	-8,37	4,89*	-0,85	16,91**	12,16**	48,75**	-0,67

Notas: B. R.= inicio/fin bloque de revisión; D. Esp.= discriminativo de cumplimiento específico; D. Ine.= discriminativo de cumplimiento inespecífico; D. Dif.= discriminativo de cumplimiento de dificultad; D. Eje.= discriminativo de cumplimiento de ejecución; Ref.= refuerzo; Cas.= castigo. ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Con respecto al cumplimiento parcial de las instrucciones (p. ej., “He practicado la relajación, pero no todos los días como me mandaste”), la tabla 9 muestra las categorías que se asociaron más frecuentemente con él. Al igual que en el caso del cumplimiento total, las categorías que lo preceden con mayor significación fueron el discriminativo de cumplimiento específico e inespecífico (latencia -1.). Ninguna otra categoría de terapeuta mostró una asociación estadísticamente significativa de forma previa al cumplimiento parcial, dado que la siguiente categoría más probable fue el inicio del bloque de repaso. Esta última secuencia indica que la revisión de la tarea comienza a menudo con la verbalización del cumplimiento parcial de instrucciones por parte del cliente.

En contraste con el cumplimiento total, las categorías que ocurren más frecuentemente después de la verbalización del cumplimiento parcial (latencia +1) son variadas, siendo la más probable que el terapeuta termine el bloque de revisión. Sin embargo, otras categorías estadísticamente significativas, por orden de asociación, fueron el refuerzo, el castigo (p. ej., “¡Eso no está bien!”), el cumplimiento discriminativo de cumplimiento de ejecución y el discriminativo del cumplimiento específico para evaluar el cumplimiento de una tarea diferente.

Finalmente, la tabla 10 muestra las categorías que precedieron con mayor probabilidad (latencia -1) al incumplimiento de instrucciones (p. ej., “Lo siento, pero no hablé con ella como me pediste, no pude”). Las categorías más probables fueron las discriminativas de cumplimiento específico e inespecífico. La categoría del

terapeuta que se da con mayor probabilidad, tras la verbalización de incumplimiento (latencia +1) fue la finalización del bloque de revisión. Esto quiere decir, que el terapeuta cambia de tema. No obstante, se encontró que la siguiente opción más probable es que el terapeuta castigue el incumplimiento. Como última opción, se encontró que el terapeuta emite un discriminativo de cumplimiento específico, es decir, comienza a revisar el cumplimiento de una tarea diferente.

Tabla 9

Verbalizaciones del terapeuta antes y después de las verbalizaciones de cumplimiento parcial de instrucciones por parte del cliente

Latencia		B. R.	D. Esp.	D. Ine.	D. Dif.	D. Eje.	Ref.	Cas.
Antes	Q	0,47	0,95	0,52	-1	-1	0,02	-1
(-1)	z	3,77*	24,94**	2,04*	-0,82	-0,96	0,10	-0,21
Después	Q	0,93	0,45	0,01	0,21	0,65	0,69	0,64
(+1)	z	6,26**	3,35*	0,02	0,43	3,30*	6,96*	4,67*

Nota. B. R.= inicio/fin bloque de revisión; D. Esp.= Discriminativo de cumplimiento específico; D. Ine.= Discriminativo de cumplimiento inespecífico; D. Dif.= Discriminativo de cumplimiento de dificultad; D. Eje.= Discriminativo de cumplimiento de ejecución; Ref.= Refuerzo; Cas.= Castigo. ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Tabla 10

Verbalizaciones del terapeuta antes y después de las verbalizaciones de incumplimiento de instrucciones por parte del cliente

Latencia		B. R.	D. Esp.	D. Ine.	D. Dif.	D. Eje.	Ref.	Cas.
Antes	Q	0,09	0,97	0,69	-1	-0,21	-0,74	-1
(-1)	z	0,60	36,00**	5,02**	-1,06	-0,42	-2,19	-0,27
Después	Q	0,99	0,33	-0,25	0,05	0,14	-0,24	0,74
(+1)	z	14,80**	2,68*	-0,51	-0,10	0,40	-0,97	11,66**

Notas: B. R.= inicio/fin bloque de revisión; D. Esp.= Discriminativo de cumplimiento específico; D. Ine.= Discriminativo de cumplimiento inespecífico; D. Dif.= Discriminativo de cumplimiento de dificultad; D. Eje.= Discriminativo de cumplimiento de ejecución; Ref.= Refuerzo; Cas.= Castigo. ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Discusión

El objetivo del presente estudio era identificar la secuencia de verbalizaciones entre los terapeutas conductuales y los clientes al instruir y revisar el cumplimiento de las tareas terapéuticas. Este objetivo se ha alcanzado satisfactoriamente. Este propósito va en la línea de la importancia que para terapia de conducta tiene asignar tareas para el desarrollo de nuevas habilidades en contexto de la vida del cliente a través del cual se producirá el cambio clínico (Kazantzis y Lampropoulos, 2002).

Los resultados muestran que los terapeutas suelen dedicar momentos de las sesiones a proporcionar instrucciones sobre las tareas terapéuticas. Estos momentos suelen comenzar directamente con una instrucción, por ejemplo "practica la técnica de respiración como hemos hecho en la sesión...". Posteriormente a ello, el cliente suele expresar su acuerdo, por ejemplo, con un "vale" o un "de acuerdo". Esta secuencia puede considerarse la interacción prototípica a la hora de asignar tareas, y refleja el carácter directivo de la terapia conductual (Marinho *et al.*, 2003). Sin

embargo, esta secuencia se es discrepante con la CT, que destaca la importancia de la alianza terapeuta-cliente para construir acuerdos y objetivos compartidos (Ribeiro, 2009).

Sin embargo, otras secuencias significativas indican que en la terapia conductual también está presente la colaboración terapeuta-cliente, generalmente en forma de verbalizaciones motivadoras (operación de establecimiento) que suelen emitir los terapeutas antes de proporcionar instrucciones sobre la tarea. Por ejemplo: "Después de comer enciendes automáticamente un cigarrillo. No piensas en ello, y solamente te das cuenta una vez que lo has encendido. Por eso necesitamos otro comportamiento para contrarrestarlo...". A lo que el terapeuta podría seguir con la siguiente instrucción: "...Cuando termines de comer, quiero que te laves los dientes inmediatamente". Esta estrategia está en consonancia con lo que sugieren los investigadores sobre la importancia de explicar a los clientes la lógica subyacente a las tareas terapéuticas antes de asignarlas (Addis y Jacobson, 2000).

Este uso de la verbalización motivadora también es frecuente después de la instrucción de la tarea, por ejemplo, "Practica técnicas de respiración como hemos hecho en la sesión y poco a poco verás que puedes reducir el nerviosismo en esos momentos en los que te sientes abrumado". Esta estrategia muestra que los terapeutas son conscientes del efecto positivo de explicar la relación entre el cumplimiento de la tarea y las consecuencias para el cambio clínico (de Pascual y Trujillo, 2018; Eder y Dignath, 2017; Froján y Ruiz, 2013).

No obstante, el mejor indicador de la relación de colaboración entre terapeuta y cliente es cuando el terapeuta suele plantear preguntas para fomentar el cumplimiento de la tarea, especialmente relacionadas con la percepción que tiene el cliente de la viabilidad de llevarla a cabo (p. ej., "¿Crees que podrías encontrar una hora todos los días para mirar dibujos de arañas?"), y con la forma en que el cliente realizará la tarea (p. ej., "Dime cómo podrías decírselo sin molestarle"). Ambas estrategias suelen tener lugar antes y después de instruir la tarea. Además, después de dar la instrucción, los terapeutas también preguntan a los clientes su opinión sobre la tarea (p. ej., "¿Qué piensas? ¿Estás de acuerdo con la tarea?"); si la han entendido (p. ej., "¿Alguna duda sobre la tarea?"), o su previsión de posibles dificultades en su realización (p. ej., "¿Qué dificultad crees que tendrás para hablar con ella?").

Más allá de los tipos específicos de verbalizaciones, estas secuencias muestran que el momento de la asignación de la tarea durante las sesiones clínicas es un espacio de negociación y colaboración compartida en pos de un objetivo común. Esto sugiere que los terapeutas conductuales suelen aplicar las estrategias recomendadas por los investigadores a la hora de asignar las tareas (Conoley *et al.*, 1994; Cronin *et al.* 2015; Freeman y Rosenfield, 2002; Garland y Scott, 2002; Kazantzis y Deane, 1999; Kazantzis y Lampropoulos, 2002).

Este trabajo colaborativo entre terapeuta y cliente también se refleja en la revisión del cumplimiento de las tareas. Los terapeutas suelen evaluar el grado de cumplimiento de las tareas por parte del cliente, lo que se refleja en el uso de discriminativos de cumplimiento específico (p. ej., "¿Has practicado la técnica de dejar de pensar?") y no específico ("¿Has hecho las tareas?") que siempre se producen inmediatamente antes de la verbalización sobre el cumplimiento del cliente (total, parcial o incumplimiento). Esta evaluación activa del cumplimiento denota un interés

común por alcanzar los objetivos terapéuticos y demuestra que las tareas asignadas no son meros consejos útiles, sino habilidades específicas que el cliente debe trabajar para desarrollar en el contexto extraclínico, y que son la clave del cambio conductual. Además, estas acciones por parte de los terapeutas están en consonancia con las directrices clínicas relativas a la importancia de ser sistemático a la hora de evaluar el cumplimiento (Johnson y Kazantzis, 2004; Kazantzis y Deane, 1999; Shelton y Levy, 1981).

Los hallazgos más relevantes desde un punto de vista clínico son los relativos a lo que hacen los terapeutas cuando los clientes hablan sobre el cumplimiento: proporcionar un refuerzo (p. ej., "¡Bien hecho! ¡Eso está muy bien!") cuando los clientes informan de que han implementado completamente la tarea, o evaluar las dificultades en la implementación de la tarea (p. ej., "¿Tuviste algún problema cuando practicaste la técnica de relajación?" o "Cuéntame cómo se lo dijiste"). Estos hallazgos sugieren que los terapeutas desean consolidar la implementación de la tarea mediante el refuerzo e identificar posibles obstáculos para el cumplimiento futuro. Ambas estrategias se consideran clínicamente relevantes para adaptar futuras tareas al cliente (Coon y Gallagher-Thompson, 2002; Cronin *et al.* 2015; Garland y Scott, 2002; Kazantzis y Lampropoulos, 2002; Startup y Edmons, 1994).

Contrariamente a las situaciones de cumplimiento total, los terapeutas generalmente no continúan hablando sobre el cumplimiento de la tarea cuando los clientes informan haber completado parcialmente o no haber completado una tarea. Pero, en otras ocasiones, los terapeutas refuerzan, reprenden (p. ej., "¡Eso no está bien!"), o evalúan la forma de llevar a cabo la tarea (p. ej., "Dime cómo lo has hecho") cuando el cumplimiento es parcial, y también reprenden a los clientes por el incumplimiento total de la tarea. Esta variedad de respuestas a las verbalizaciones de los clientes está en consonancia con los estudios que ofrecen recomendaciones sobre cómo deben actuar los terapeutas ante el cumplimiento (o incumplimiento) para favorecerlo en el futuro (Burns y Auerbach, 1992; Cronin *et al.* 2015; Datilio, 2002; Garland y Scott, 2002; Leahy, 2002). Desde una perspectiva clínica, consideramos que la variabilidad de respuestas del terapeuta responde al punto de progreso en el que se encuentra cada cliente. Esto se refleja, por ejemplo, en que los terapeutas a veces refuerzan el cumplimiento parcial informado por el cliente, pero otras veces lo castigan, como un proceso de moldeamiento para motivar y comprometer en el cumplimiento futuro.

A pesar de estos hallazgos, es importante señalar algunas limitaciones significativas del presente estudio: en primer lugar, se basó en intervenciones consideradas exitosas, aunque no se realizaron medidas resultados. Por ello, futuros estudios deberían incluir otras medidas del cambio clínico más allá de la consecución de objetivos terapéuticos. Asimismo, la ausencia de casos de fracaso terapéutico impide identificar y contrastar posibles diferencias a la hora de instruir y revisar el cumplimiento de las tareas terapéuticas. Debido a estas limitaciones, el presente estudio es descriptivo y no establece una relación clara entre procesos y resultados. Por último, otra limitación importante es la utilización de una muestra procedente de una única clínica privada en la que los terapeutas pueden utilizar métodos y prácticas similares. Por lo tanto, es difícil extrapolar los resultados a otros terapeutas

conductuales. Estas limitaciones llevan a considerar los resultados con cautela y a interpretarlos como un primer paso para plantear futuros estudios.

Más allá de estas consideraciones, es importante destacar las implicaciones clínicas del presente estudio, que ofrece valiosas perspectivas sobre la interacción verbal entre terapeuta y cliente a la hora de instruir y revisar el cumplimiento de las tareas terapéuticas. Como se señala en la justificación, este aspecto es particularmente relevante desde una perspectiva conductual, dado que las tareas terapéuticas son esenciales para lograr el cambio clínico. Teniendo en cuenta que algunos investigadores consideran que el incumplimiento de las tareas es un hecho habitual en los tratamientos psicológicos, identificar cómo los terapeutas asignan las tareas y revisan su cumplimiento es un primer paso necesario en la investigación sobre el tema (Hansen y Warner, 1994; Helbig y Fehm, 2004).

En relación con esto, algunos estudios han demostrado que la CT, que también incluye el cumplimiento de la tarea, está asociada con los resultados terapéuticos (Essoe *et al.* 2021; Hara *et al.*, 2017; Mausbach *et al.*, 2010; Shirk *et al.*, 2018). Por lo tanto, mejorar el cumplimiento de la tarea aumentará la eficacia de las intervenciones psicológicas (LeBeau *et al.*, 2012). Desde esta perspectiva, los hallazgos de este estudio pueden ayudar a proporcionar herramientas para terapeutas con el fin de promover la TC al asignar tareas y revisar el cumplimiento. Futuros estudios en esta línea podrían ayudar a mejorar la formación de los psicólogos, proporcionándoles las habilidades de colaboración que la evidencia muestra que pueden tener efectos terapéuticos positivos (Plantade-Gipch *et al.*, 2021). Así, las mejoras en estos aspectos podrían repercutir en el cumplimiento de las tareas y, en última instancia, en los resultados del tratamiento. Aunque aún estamos lejos de alcanzar este objetivo, se trata de un comienzo prometedor de una fructífera línea de investigación futura.

Referencias

- Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (2000). A closer look at the treatment rationale and homework compliance in cognitive-behavioural therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 313-326. doi: 10.1023/A:1005563304265
- Bachelor, A., Laverdière, O., Gamache, D. y Bordeleau, V. (2007). Clients' collaboration in therapy: self-perceptions and relationships with client psychological functioning, interpersonal relations, and motivation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(2), 175. doi: 10.1037/0033-3204.44.2.175
- Bakeman, R. (2000). Behavioural observation and coding. En H. T. Reis y C. M. Judd (dirs.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 138-159). Cambridge University Press.
- Bakeman, R. y Quera, V. (1994). *Analysing interaction: sequential analysis with SDIS and GSEQ*. Cambridge University Press.
- Burns, D. D. y Auerbach, A. H. (1992). Does homework compliance enhance recovery from depression? *Psychiatric Annals*, 22(9), 464-469. doi: 10.3928/0048-5713-19920901-07
- Cardoso, C., Pinto, D. y Ribeiro, E. (2020). Therapist's actions after therapeutic collaboration breaks: a single case study. *Psychotherapy Research*, 30(4), 447-461. doi: 10.1080/10503307.2019.1633483
- Conoley, C. W., Padula, M. A., Payton, D. S. y Daniels, J. A. (1994). Predictors of client implementation of counsellor recommendations: match with problem, difficulty level, and

- building on client strengths. *Journal of Counselling Psychology*, 41(1), 3-7. doi: 10.1037/0022-0167.41.1.3
- Coon, D. W. y Gallagher-Thompson, D. (2002). Encouraging homework completion among older adults in therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58(5), 549-563. doi: 10.1002/jclp.10032
- 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. doi: 10.1002/jclp.22180
- de Pascual, R. y Trujillo, C. (2018). Estudio de la relación entre las verbalizaciones motivadoras y el seguimiento de instrucciones en la terapia psicológica. *Revista Clínica Contemporánea*, 9(e14), 1-11.
- Dattilio, F. M. (2002). Homework assignments in couple and family therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58(5), 535-547. doi: 10.1002/jclp.10031
- Eder, A. B. y Dignath, D. (2017). Influence of verbal instructions on effect-based action control. *Psychological Research*, 81(2), 355-365. doi: 10.1007/s00426-016-0745-6
- Essoe, J. K. Y., Ricketts, E. J., Ramsey, K. A., Piacentini, J., Woods, D. W., Peterson, A. L., Scahill, L., Wilhelm, S., Walkup, J. T. y McGuire, J. F. (2021). Homework adherence predicts therapeutic improvement from behavior therapy in Tourette's disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 103844. doi: 10.1016/j.brat.2021.103844
- Ferreira, A., Ribeiro, E., Pinto, D., Pereira, C. y Pinheiro, A. (2015). Therapeutic collaboration: a comparative study of a terminated case and a dropout case. *Análise Psicológica*, 33, 165-177. doi: 10.14417/ap.938
- Freeman, A. y Rosenfield, B. (2002). Modifying therapeutic homework for patients with personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 58(5), 513-524. doi: 10.1002/jclp.10029
- Froján, M. X., Montaña, M. y Calero, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema*, 18(4), 797-803.
- 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. y Ruiz, E. M. (2013). Análisis funcional de la interacción terapéutica. *Conductual*, 1(1), 72-92.
- Galván, N., Alonso, J. y Froxán, M. X. (2020). Verbal aversive control in clinical interaction. *Psicothema*, 32(2), 182-188. doi: 10.7334/psicothema2019.171
- Garland, A. y Scott, J. (2002). Using homework in therapy for depression. *Journal of Clinical Psychology*, 58(5), 489-498. doi: 10.1002/jclp.10027
- Hansen, D. J. y Warner, J. E. (1994). Treatment adherence of maltreating families: a survey of professionals regarding prevalence and enhancement strategies. *Journal of Family Violence*, 9(1), 1-19.
- Hara, K. M., Aviram, A., Constantino, M. J., Westra, H. A. y Antony, M. M. (2017). Therapist empathy, homework compliance, and outcome in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: partitioning within-and between-therapist effects. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(5), 375-390. doi: 10.1080/16506073.2016.1253605
- Helbig, S. y Fehm, L. (2004). Problems with homework in CBT: rare exception or rather frequent? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32(3), 291. doi: 10.1017/S1352465804001365
- Horvath, A. O. (2013). You can't step into the same river twice, but you can stub your toes on the same rock: psychotherapy outcome from a 50-year perspective. *Psychotherapy*, 50, 25-32. doi:10.1037/a0030899

- 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.
- Kazantzis, N. y Deane, F. P. (1999). Psychologists' use of homework assignments in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(6), 581-585. doi: 10.1037/0735-7028.30.6.581
- 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. doi: 10.1002/jclp.10034
- 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. doi: 10.1016/S1077-7229(03)80050-0
- Landis, J. R. y Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174. doi: 10.2307/2529310
- Leahy, R. L. (2002). Improving homework compliance in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58(5), 499-511. doi: 10.1002/jclp.10028
- Leiman, M. y Stiles, W. B. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: the case of Jan revisited. *Psychotherapy Research*, 11, 311-330
- Marinho, M. L., Caballo, V. E. y Silveira, J. M. (2003). Cuestiones olvidadas en la terapia conductual: las habilidades del terapeuta. *Psicología Conductual*, 11(1), 135-161.
- 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. doi: 10.1007/s10608-010-9297-z
- Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationship that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. doi: 10.1037/pst0000193.
- Pinto, D., Sousa, I., Pinheiro, A., Freitas, A. C. y Ribeiro, E. (2018). The therapeutic collaboration in dropout cases of narrative therapy: an exploratory study. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 167-184.
- Plantade-Gipch, A., Blanchet, A. y Drouin, M. S. (2021). Can alliance-focused supervision help improve emotional involvement and collaboration between client and therapist? *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 1-17. doi: 0.1080/13642537.2021.1881138
- Ribeiro, E. (2009). *Aliança terapêutica: da teoria à prática clínica*. Psiquibrios Edições.
- Ribeiro, E., Cunha, C. Teixeira, A., Stiles, W. B., Pires, N., Santos, B. Basto, I. y Salgado, J. (2016). Therapeutic collaboration and the assimilation of problematic experiences in emotion-focused therapy for depression: an intensive case analysis. *Psychotherapy Research*, 26, 665-680. doi: 10.1080/10503307.2016.1208853
- Ribeiro, E., Fernandes, C., Santos, B., Ribeiro, A., Coutinho, J., Angus, L. y Greenberg, L. (2014). The development of therapeutic collaboration in a good outcome case of client-centered therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13, 150-168. doi: 10.1080/14779757.2014.893250
- Ribeiro, E., Gonçalves, M. M. y Santos, B. (2018). How reconceptualization of the self is negotiated in psychotherapy: an exploratory study of the therapeutic collaboration. *Journal of Humanistic Psychology*, 1-30. doi: 10.1177/00221678187921123
- Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Horvath, A. O. y Stiles, W. B. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: the Therapeutic Collaboration Coding System. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86, 294-314. doi: 10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x

- Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Loura, J., Gonçalves, M. M., Stiles, W. B., Horvath, A. O. y Sousa, I. (2014). Therapeutic collaboration and resistance: describing the nature and quality of the therapeutic relationship within ambivalence events using the Therapeutic Collaboration Coding System. *Psychotherapy Research*, 24(3), 346-359. doi: 10.1080/10503307.2013.856042
- Ribeiro, E., Silveira, J., Azevedo, A., Senra, J., Ferreira, Â. y Pinto, D. (2019). Colaboración terapéutica: estudio comparativo de dos casos contrastantes con terapia constructivista. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(2), 127-139. doi: 0.24205/03276716.2019.1104
- Ruiz, E., Froxán, M. X. y Galván, N. (2015). Verbal interaction patterns in the clinical context: a model of how people change in therapy. *Psicothema*, 27(2), 99-107. doi: 10.7334/psicothema2014.119
- 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.
- Startup, M. y Edmonds, J. (1994). Compliance with homework assignments in cognitive-behavioural psychotherapy for depression: relation to outcome and methods of enhancement. *Cognitive Therapy and Research*, 18(6), 567-579. doi: 10.1007/BF02355669
- Taveira, M., Ribeiro, E., Cardoso, P. y Silva, F. (2017). The therapeutic collaboration in life design counselling: the case of Ryan. *South African Journal of Education*, 37(4). doi: 10.15700/saje.v37n4a1466
- Tryon, G. S., Birch, S. E. y Verkuilen, J. (2018). Meta-analyses of the relation of goal consensus and collaboration to psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 55(4), 372. doi: 10.1037/pst0000170
- Tryon, G. S. y Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. En J. Norcross (dir.), *Psychotherapy relationships that work* (2ª ed.) (pp. 153-166). Oxford University Press.

RECIBIDO: 21 de noviembre de 2021

ACEPTADO: 9 de abril de 2022