

31966

2

*Ernesto Itacala*



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN  
PSICOLOGÍA RESIDENCIA EN ADICCIONES

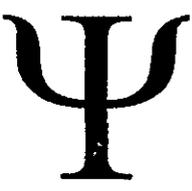
**REPORTE DE EXPERIENCIA  
PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :  
**CITLALLI PÉREZ DE LA BARRERA**

DIRECTOR DEL REPORTE: Dr Héctor E. Ayala Velázquez

COMITÉ TUTORAL: TITULAR: Mtra. Carmen Millé  
TITULAR: Dra. Ma. Elena Medina-Mora  
TITULAR: Mtra Haydée Rosovsky  
TITULAR: Mtra. Ma Elena Castro  
SUPLENTE: Dra Sara García  
SUPLENTE: Mtro. Fernando Vázquez



MÉXICO, D.F

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

DEDICO ESTE TRABAJO A MI MADRE POR SU AMOR Y APOYO  
INCONDICIONAL A LO LARGO DE TODA MI VIDA, GRACIAS  
INFINITAS, TE AMO

AGRADEZCO A MI UNIVERSIDAD POR HABERME PERMITIDO  
FORJARME UNA PROFESION; A MIS PROFESORES, TUTOR DR  
HECTOR AYALA VELAZQUEZ POR LA ASESORIA BRINDADA, A  
LA LIC. LETICIA ECHEVERRIA POR SU APOYO Y CALIDAD  
HUMANA

GRACIAS A MI FAMILIA, COMPAÑEROS Y AMIGOS,  
ESPECIALMENTE A MARTHITA, RAUL, MIGUEL ANGEL Y PACO:  
SIN SU AYUDA NO HUBIESE SIDO POSIBLE LA REALIZACION  
DE ESTE TRABAJO; Y A TODAS AQUELLAS PERSONAS E  
INSTITUCIONES QUE CONTRIBUYERON PARA QUE ESTO FUESE  
POSIBLE

# ÍNDICE

1. INTRODUCCION.....	3
2. PANORAMA DE LAS ADICCIONES.....	7
3. Antecedentes Epidemiología Historia del desarrollo de la conducta adictiva Conceptos básicos Efectos y propiedades de las drogas	
4. HABILIDADES DESARROLLADAS EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUATRIA.....	30
5. PROGRAMA DE AUTOCAMBIO DIRIGIDO PARA 6. BEBEDORES PROBLEMA.....	35
7. PANORAMA CONCEPTUAL DEL AREA DE SUPERVISIÓN.....	39
8. TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE COCAINA.....	47
9. PROGRAMA DE ATENCION A ADOLESCENTES.....	52
10. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES DE FORMACION COMPLEMENTARIAS.....	54
11. CONCLUSIONES.....	55
12. ANALISIS DE INVESTIIGACIÓN APLICADA.....	56
13. REFERENCIASBIBLIOGRAFICAS.....	98
14. ANEXOS	

## INTRODUCCIÓN

La Psicología, se ha consolidado en los últimos años, como una disciplina presente a considerarse en todos los sectores, tanto en el contexto social, como en el laboral y más aún, en lo referente a la salud, cuya temática concierne a toda la comunidad

Actualmente, México atraviesa por un periodo crítico en su economía, hecho que se vislumbra, en las deficiencias relativas a la dificultad de tener acceso a instituciones de salud por parte de un sector importante de nuestra población, la cual además, es aquella que cuenta con menores recursos económicos para poder tener acceso a una atención médica privada.

A finales del siglo pasado, se ha presentado un incremento en los problemas emocionales, conductuales, cognoscitivos en la población de nuestro país, hecho que se demuestra a través de estudios epidemiológicos y sociales llevados a cabo en diferentes instituciones de prestigio; de ahí la importancia de abordar éstas problemáticas, y buscar nuevas vías que nos lleven a la solución de las mismas

Uno de los problemas, que a última fechas se ha incrementado, es el uso de sustancias psicoactivas, cuya prevalencia representa el 4% de la población de adultos y el 8% de los jóvenes estudiantes de nuestro país (Encuesta Nacional de Adicciones, 1993) Resulta importante destacar por otra parte, el incremento en el uso de cocaína en los últimos tiempos, sin olvidar que la sustancia más utilizada, sigue siendo el alcohol.

Sin lugar a dudas, la presencia de éste tipo de problemáticas, representa un problema de salud severo en la población consumidora, hecho que se refleja también, en un gran costo económico para el país; era por ello la importancia de preparar profesionales en el área de las adicciones, que elaboren programas de prevención a todos los niveles y para distintas poblaciones, así como también, que implementen más y mejores programas de tratamiento con un nivel más alto de eficiencia, todo ello, en base a una formación de investigador que facilite la identificación de aquellos factores asociados al consumo de drogas, factores de riesgo, y de aquellos que favorecen el desarrollo de estilos de vida productivos y sanos, factores protectores; además de poder entender como se desarrolla el proceso de adicción en las personas, para así poder cambiar patrones de comportamiento.

El problema de las adicciones crece día a día, de ahí la importancia en preparar profesionales especializados en ésta área, que contribuyan a combatir el creciente aumento del consumo de drogas en nuestro país.

La Universidad Nacional Autónoma de México, en un gran esfuerzo, desarrolló los programas de Residencia para el entrenamiento de posgraduados de nivel de Maestría en Adicciones, como una alternativa real y efectiva, que asegurara un nivel de excelencia, y fue ofrecida como una alternativa para contribuir a resolver el problema de la farmacodependencia en México.

Es por todo lo anteriormente mencionado, que surgió la necesidad de desarrollar un programa de Maestría en Adicciones en la Universidad, que contemplara la capacitación de los profesionales en el manejo de técnicas, métodos y procedimientos científicos actuales y novedosos, para la comprensión del problema de las adicciones. Los egresados contarían con los conocimientos, comprensión y habilidades para identificar, prevenir y solucionar problemas en el campo de las adicciones, así como también para el diseño y realización de proyectos de investigación epidemiológica, psicosocial, experimental aplicada y de procesos básicos.

El programa de residencia propuesto fue llevado a cabo en las siguientes instituciones:

- Facultad de Psicología, UNAM
- Instituto Nacional de Psiquiatría
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Consejo Nacional contra las Adicciones

Este programa de residencia, tenía como objetivo principal, desarrollar en los estudiantes, competencias profesionales especializadas, empleando un sistema de formación y supervisión en el servicio, por lo que el programa de residencia en adicciones requirió de un mínimo de 1609 horas de práctica supervisada, a lo largo de dos años.

El objetivo de éste programa era formar psicólogos en el área de las adicciones, capacitándolos en el manejo de técnicas, métodos y procedimientos científicos actuales para la comprensión del problema. Los egresados deberían contar con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la identificación, prevención y solución de problemas en el área de las adicciones, así como para el diseño y realización de proyectos de investigación epidemiológica, psicosocial, experimental aplicada y de procesos en el área.

Los objetivos específicos fueron establecidos con la visión de proporcionar al estudiante el conocimiento, las habilidades y actitudes necesarias para tratar problemas en el área de las adicciones:

- Identificar los factores fisiológicos, psicológicos y sociales que mantienen la conducta adictiva, así como su historia natural
- Identificar los efectos fisiológicos, psicológicos y sociales de las diversas sustancias psicoactivas.
- Conocer las diversas teorías explicativas de la conducta adictiva (genética, sociocultural, antropológica y el sustento teórico de cada una de ellas) profundizar en la psicológica
- Conocer las políticas de control (legislación) en nuestro país en materia de conductas adictivas.
- Entrenar en el uso de las herramientas de la epidemiología para hacer investigación de la prevalencia , incidencia, morbilidad y mortalidad del fenómeno de interés en población general y en grupos especiales
- Entrenar en el uso de las herramientas para medir e identificar adecuadamente y en forma temprana a personas con conductas adictivas o conductas en riesgo (prevención secundaria).
- Conocer y utilizar los métodos empíricamente validos para medir los problemas derivados del uso de sustancias.
- Diagnosticar el problema y canalizar al paciente al tratamiento más adecuado
- Aplicar las técnicas adecuadas de motivación para mantener a los usuarios en tratamiento
- Establecer las metas de tratamiento (reducción de la conducta adictiva y mejora del funcionamiento en otras áreas)
- Conocer las diferentes modalidades de tratamiento y su efectividad para atender y/o canalizar a los usuarios.
- Entrenar en el uso de herramientas para la rehabilitación de personas adictas, modificando hábitos y favoreciendo la readaptación.
- Conocer los aspectos éticos y legales relacionados con la práctica profesional del psicólogo en el área de las adicciones.

Al egresado de ésta maestría, se le darían las habilidades suficientes para desempeñarse tanto en el sector salud como en el privado, proporcionando servicio a una población donde el problema de las adicciones crece día con día y requiere de personal capacitado para atenderlo, pudiendo desarrollarse en el área de la investigación, planeación, evaluación de programas o acciones en cualquiera de los tres niveles de atención.

El egresado de la Maestría en Psicología de las Adicciones tendría un perfil acorde con las necesidades que la sociedad requiera y aquellas competencias profesionales que le permitan:

- ✓ Implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer análisis crítico de los resultados, estudiar grupos especiales así como las tendencias que se observan en nuestro país.
- ✓ Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el problema se presente
- ✓ Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas
- ✓ Aplicar programas de intervención para rehabilitar a personas adictas.
- ✓ Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.
- ✓ Implementar a proyectos de investigación experimental aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar a la población con problemas de conductas adictivas en nuestro país, más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación de éste problema.

Citado lo anterior, este reporte de experiencia profesional describe en su primer apartado las competencias profesionales desarrolladas en la Maestría en Psicología Profesional con residencia en adicciones basadas en los objetivos específicos de la misma , el reporte de investigación se presenta en la segunda parte del reporte.

# PANORAMA DE LAS ADICCIONES

## A) Antecedentes

Dentro del campo de las adicciones, y especialmente, en el de la salud, obtener información objetiva y completa sobre el uso y abuso de sustancias adictivas es uno de los retos más complejos. Uno de los factores que dificulta el acceso a esa información es el hecho de que el uso y abuso de drogas ilegales aun son conductas relativamente raras dentro del total de la población de nuestro país, así como de otras sociedades; esto es especialmente evidente cuando se trata de estimar a través de encuestas en la población, la proporción de individuos que utiliza alguna droga todavía poco difundida en nuestro medio, como la heroína. Asimismo, se ha demostrado en todos los países, que entre los que han probado alguna droga, un número reducido continúa consumiéndola. También hay una proporción de usuarios de drogas que la consume de manera funcional sin presentar problemas que requieran atención en servicios de salud, o que sean captados por las instituciones de justicia; entre los que llegan a desarrollar problemas de salud y sociales y/o adicción, a menudo transcurre mucho tiempo hasta que buscan ayuda o son identificados y registrados en alguna institución (ENA, 1993)

A esta variedad de situaciones descritas anteriormente, se agrega otro factor que dificulta la obtención de información, y es el estigma que rodea al uso de drogas, por lo que frecuentemente no es reportado, situación distinta al caso de otras sustancias adictivas, pero legales y más toleradas socialmente, como el alcohol y el tabaco. Las actitudes prevalentes hacia las drogas y las implicaciones que tiene su consumo en el ámbito legal, obstaculizan el reconocerlo como un problema de salud que requiere atención (ENA, 1993)

La prohibición y la guerra a las drogas, lejos de permitir un mayor control de la producción, distribución y consumo de drogas ilícitas, ha descontrolado ese mercado, sometiendo así a los usuarios a redes violentas de distribución; los costos de la prohibición son entonces enormes, mientras que su único eventual beneficio, una disminución de los abusos de sustancias psicotrópicas, gracias a la intervención punitiva del estado, son inciertos (Uprimny, 1999).

Esto muestra que los eventuales beneficios del prohibicionismo son infinitamente menores que sus costos; en muchas ocasiones no son las drogas las que matan, si no la prohibición, éste fenómeno aparece reconocido de manera tácita en la evolución misma de los tratados internacionales sobre drogas. La convención única de 1961 sobre Estupefacientes, que fue la que finalmente estableció una prohibición universal y absoluta de ciertas drogas, solo habla de los eventuales problemas sociales y de salud ligados a la toxicomanía. Es una convención centrada en los problemas primarios y por eso no menciona nunca los fenómenos como la existencia de las organizaciones criminales y su efecto en cuanto a violencia e inestabilidad institucional. En cambio la convención de Viena de 1988 está centrada en los efectos corruptos del tráfico de drogas sobre la

economía En ella se habla sobre los vínculos que existen entre el tráfico ilícito y otras actividades delictivas relacionadas con él, es decir se orienta a controlar los problemas secundarios derivados de la prohibición (Uprimny, 1999).

Por otra parte, los problemas asociados al consumo de drogas legales, tales como el alcohol, se han dejado al azar en demasiadas ocasiones, por lo que es obligación de los políticos abordar y controlar éste problema de interés público.

Detrás de los datos estadísticos hay muchas enfermedades e intereses económicos, por lo que está plenamente justificado que los problemas del alcohol reciban la más alta prioridad política. El alcohol es capaz de producir a la vez dolor y placer, y todos los gobiernos deberían de tomarlo en cuenta.

La calidad, el alcance y la expansión internacional de las investigaciones científicas indican que las medidas políticas de salud pública sobre el alcohol están adquiriendo cada vez mayor importancia. El objetivo fundamental de las medidas políticas sobre el alcohol, es reducir los problemas que causa su consumo, para ello, existen dos tipos: las dirigidas a disminuir el consumo y problemas a nivel nacional, y otras centradas en conductas y contextos específicos. Estas dos estrategias son intrínsecamente complementarias.

No todas las políticas que se han aplicado han demostrado la misma eficacia, por lo que siempre deben seleccionarse y mantenerse aquellas sobre las que se tenga una mayor experiencia previa.

## **b)Epidemiología**

La epidemiología se define como el estudio de las distribuciones y determinantes de los estados de salud en las poblaciones y es la mejor herramienta de la salud pública para cuantificar la magnitud de las condiciones de salud, sus determinantes y tendencias. Su paradigma básico ha sido y sigue siendo la interrelación del agente, huésped y medio ambiente; sin embargo el énfasis que se coloca en cada uno de los elementos de la triada debe variar junto con la transición epidemiológica de las condiciones de salud a fin de enfrentar los nuevos retos que se asocian con el desarrollo.

En nuestro país coexisten los retos característicos de los problemas característicos de las tres etapas del perfil de países industrializados:

- Enfermedades infecciosas ligadas a la pobreza, mala nutrición y falta de higiene
- Enfermedades crónico degenerativas, como el cáncer o condiciones cardiovasculares, entre otras que aparecen con el incremento de la esperanza de la vida.
- Condiciones derivadas de la exposición ambiental a sustancias tóxicas, y de la modificación de las condiciones sociales que se asocian con accidentes, violencias y conductas desadaptativas tales como el abuso de sustancias, tema que nos ocupa (Medina-Mora, 1994)

## Resultados de la encuesta nacional de adicciones 1998

La ENA proporciona estimaciones de prevalencia del consumo en la población entre 12 y 65 años que habita en regiones urbanas; el diseño permite obtener datos para población adolescente y adulta a nivel nacional y para tres regiones (norte, centro y Baja California, Chihuahua, Matamoros y Tamaulipas; y de tres grandes áreas metropolitanas: Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey.

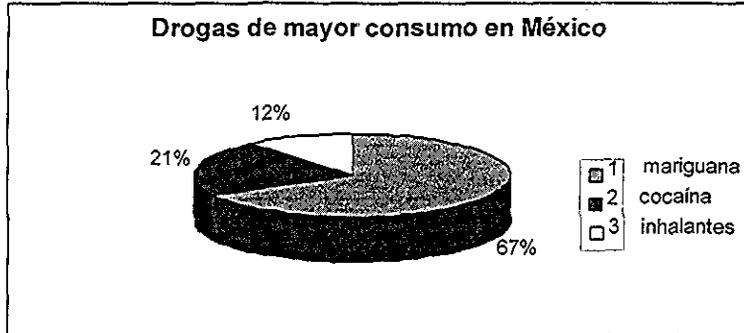
Los resultados obtenidos de la ENA, se presentan y describen brevemente, a continuación:

- El 5.27% de la población urbana de 12 a 65 años, ha consumido alguna vez drogas ilegales, lo cual representa mas de medio millón de individuos.
- El uso en el último año fue reportado por 1.23% de la población urbana de 1a 65 años de edad, lo que representa mas de medio millón de individuos.
- Solo el 0.83% manifestó haber consumido alguna droga en el mes previo a la entrevista, lo que equivale a 398 081 personas
- El grupo de edad en el que se observa mayor consumo de drogas entre los varones es el de 18 a 34 años, lo que representa aproximadamente 1 300 000 individuos



- \*La marihuana es la principal droga consumida en todos los grupos de edad y en ambos sexos, con una prevalencia de 4.70% lo que representa más de dos millones de personas que dijeron haberla usado más de una vez.
- El uso de marihuana es tres veces mayor que el de la cocaína , ya que esta ultima fue usada alguna vez, por solo 1.45% de la población, es decir, casi 70000 personas

- La cocaína ocupa el segundo lugar de importancia en ambos sexos, excepto entre los individuos de 12 a 17 años, que consumieron esa droga en proporciones similares a los inhalables
- Los alucinógenos y la heroína son las drogas con menor índice de haber sido usadas alguna vez; los que las han probado tienden a ser varones y de mayor edad.



Por lo que respecta al consumo de alcohol, alrededor de los años 70, el consumo promedio individual de alcohol en la población mayor de quince años en la República Mexicana era aproximadamente de 3 litros per cápita, en los años 90 el consumo es de 5 litros (Rosovsky, 1996), 1.5 más bajo que el consumo que se observa en Estados Unidos o bien 2.2 veces más bajo que en España.

De acuerdo con la ENA de 1993 el consumo de alcohol y su relación con consecuencias se relacionan con los bebedores no dependientes, solamente el 18% de las personas que reportaron haber estado involucrados en accidentes de tránsito o tener problemas en el trabajo debido al abuso en el consumo de alcohol eran dependientes (Medina-Mora, 1991). Los datos reportados de las salas de urgencias relacionan las lesiones con la intoxicación aguda más que con un consumo crónico (Rosovsky, 1988).

A pesar de que el consumo de alcohol no está uniformemente distribuido en la población, los datos proporcionados por la ENA, mostraron que el 25% de los bebedores consumen el 78% del alcohol disponible. Este consumo no es cotidiano como en otras partes del mundo, pero es excesivo en las ocasiones de consumo

LA ENA 1993, también documentó que el 72% de las personas que consumen bebidas alcohólicas consumen grandes cantidades cada vez que beben. Debe mencionarse, sin embargo que estas cifras, aun cuando son indicadoras de la magnitud del problema, dejan de lado aspectos tales como la producción clandestina de bebidas nacionales, así como el uso de alcoholes sin control oficial y el consumo del alcohol del 96

Uno de los daños producidos por el consumo excesivo de alcohol, es a la vez también un indicador del alcoholismo aceptado internacionalmente: la cirrosis. En México representa una de las más altas de incidencia en relación al continente americano y algunos países europeos. En nuestro país la mortalidad por cirrosis es una de las diez causas principales en la población general y la primera en la población masculina de 35 a 54 años; este problema, se relaciona fuertemente con el patrón de consumo de alcohol.

### **Problemas Emergentes**

- El consumo de nuevas sustancias como las anfetaminas, nuevas presentaciones de drogas ya conocidas como el crack, o de sustancias que previamente no habían sido utilizadas con fines de intoxicación, como el Refractyl Ofteno y el Flunitrazepam, se manifiesta como un problema aislado con poca representación en la población.
- El consumo de metanfetaminas es inferior al 0.01% de la población, las personas que reportaron el uso de estas fueron principalmente varones que además habían consumido marihuana y cocaína.
- Una proporción un poco mayor de la población (0.1%), reportó el uso de crack, de ellos, el 50% tenía menos de 18 años, mientras que en la población mayor de esta edad prevalecieron los varones (66% de los usuarios); entre los menores de edad se observó igual proporción de hombres y mujeres.
- Le sigue en importancia el uso no médico con fines de intoxicación y por vía nasal del refractyl ofteno, cuyo consumo se reportó en el 0.1% de la población. El mayor índice se observó en el Distrito Federal, seguido por Chihuahua y Jalisco, con proporciones similares. El 80% de estos usuarios, correspondió a varones poliusuarios.
- Finalmente, el consumo de flunitrazepam fue reportado por 0.2% de la población, de ellos, el 42% era menor de edad, con igual índice de consumo en varones y mujeres, mientras que en los adultos preponderó el consumo en los hombres.

Los resultados de la ENA 1998, en comparación con las encuestas realizadas en 1988, indican que se registró un aumento, especialmente en los últimos cinco años, tanto del consumo experimental, o de alguna vez en la vida, como del último año, del uso actual o del último mes.

- La marihuana sigue siendo la principal droga consumida; las sustancias que le siguen en importancia, presentan proporciones mucho menores, tal es el caso de los inhalables, que ocupan el segundo lugar en 1988 y en los siguientes estudios fueron desplazados por la cocaína, cuyo aumento es notable; estos tres tipos de sustancias son los más consumidos.

Cabe mencionar que hay una gran diferencia entre la cantidad de individuos que han probado drogas y los que continúan haciéndolo. También se observa que se ha incrementado más el uso entre los varones que entre las mujeres. En ciertas regiones y en algunas ciudades analizadas específicamente se observan aumentos notables, como en la Ciudad de México, Ciudad Juárez y Tijuana.

En los diversos estudios realizados en la Ciudad de México, se hace evidente un aumento en el consumo de drogas por la población de estudiantes adolescentes. De la misma manera que en la población general, la marihuana sigue siendo la principal sustancia de uso, pero también se observan sustancias preocupantes de la cocaína, que se va situando en segundo lugar de preferencia. Los inhalables, aunque continúan entre las principalmente usadas, registran una tendencia a ir perdiendo importancia.

Los programas del gobierno de la República para la prevención del consumo de drogas incluyen importantes esfuerzos en el sector educativo. Datos derivados del diagnóstico del consumo de drogas en México, sustentan el importante papel protector de la escuela, como se señala en la encuesta nacional de adicciones, y las realizadas entre estudiantes que mostraron que aquellos menores que asisten a la escuela, y los que no han perdido años de estudio, tienen menores niveles de consumo.

Por último, resulta muy importante mencionar que, en las encuestas nacionales, los resultados señalan que el alcohol y el tabaco son las principales sustancias adictivas consumidas, hecho que resulta de vital importancia, ya que en México existe la prohibición de venderlas a los menores de edad; además, diversas investigaciones han reportado que el consumo temprano de bebidas alcohólicas aumentan el riesgo de uso de drogas ilegales, es por ello que se deduce la necesidad de promover acciones preventivas de tipo primario, para que los adolescentes no se vean involucrados en el consumo de sustancias, pero también resulta de vital importancia llevar a cabo programas de prevención secundaria orientados a promover el consumo responsable de alcohol, y proporcionar otras opciones de tratamiento tales como la moderación, para aquellas personas con un nivel de dependencia media, tal como el programa para bebedores problema desarrollado en la Facultad de Psicología de la UNAM, y que propone dos metas de tratamiento, que la persona elige con la ayuda de un profesional, y que pueden ser ya sea bien la moderación o la abstinencia, esta opción sugerida en caso de que exista alguna prescripción médica preexistente al respecto de algún malestar físico que se agudice por el consumo de alcohol o bien que exista una dependencia severa.

### c) Naturaleza de la conducta adictiva

Para aproximarse al fenómeno de las adicciones, es necesario comenzar con una descripción teórica de la conducta adictiva, que comprenda una comparación entre diversos modelos que han tratado de explicarla, destacando el papel que desempeña la Teoría del Aprendizaje Social; una descripción de las etapas por las que pasa el individuo que consume sustancias adictivas para lograr un cambio en su consumo, así como los factores culturales que influyen en el desarrollo de esta conducta. Después de entender la conducta adictiva y sus implicaciones, se revisará la definición de “droga” y la clasificación de los diferentes tipos que de ella existen. Posteriormente, se revisarán las definiciones de términos frecuentemente utilizados en el área de las adicciones, como son: uso, abuso y dependencia. Por último, se mencionarán los problemas más comúnmente asociados al consumo de drogas, tomando en cuenta el aspecto individual, familiar y social.

Como ya se mencionó, el estudio de las adicciones exhibe una complejidad que puede abordarse desde diversas disciplinas. Una de ellas, y la de interés en este estudio, es la Psicología, la que, por definición, se dedica al estudio de la conducta humana; dentro de esta disciplina el estudio de las adicciones puede abordarse a través de diversas aproximaciones. Dependiendo de éstas, se desarrollan diferentes tipos de tratamientos, para los cuales es indispensable contar con elementos de diagnóstico válidos y confiables que permitan entender las características particulares de cada consumidor. Uno de los tratamientos que más considera el uso de este tipo de instrumentos es el tratamiento cognoscitivo – conductual, que toma como base la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1969, 1977, 1982, 1985; citado en Abrams y Niaura, 1987), de la cual a continuación se explican los sustentos básicos.

#### Teoría del Aprendizaje Social

Esta teoría la propone Bandura (1969, 1977, 1978, 1982, 1985; citado en Abrams y Niaura, 1987) con el fin de dar una explicación del comportamiento humano, rechazando la noción de que la conducta puede ser explicada solamente con relación a fuerzas motivacionales subyacentes o apelando sólo al condicionamiento respondiente, operante o a una teoría E – R radical. Esto da la pauta para entender que en la conducta adictiva están implicados otro tipo de factores, como los cognoscitivos, que se deben explorar por medio de los procedimientos diagnósticos tales como la entrevista y los instrumentos psicológicos.

Abrams y Niaura (1987) ofrecen una explicación del Modelo del Aprendizaje Social. Según estos autores, para esta teoría, la conducta es el resultado de la interacción entre factores personales, ambientales y conductuales, que son determinantes recíprocos de ésta. Lo anterior revela que la causalidad es, entonces, multidireccional entre estos factores. Se asume que las influencias relativas ejercidas por estos factores interdependientes difieren en diferentes escenarios y en diferentes conductas. Este modelo de funcionamiento causal recíproco se denomina *determinismo recíproco*. La conducta puede explicarse y estudiarse adecuadamente sólo si se observan variaciones simultáneas

entre disposiciones personales, ambientes y conductas a lo largo del tiempo. Por lo tanto, se puede ver que la teoría del aprendizaje social le da una especial importancia a los "factores personales" cognoscitivos -como mediadores- en la explicación del comportamiento y del aprendizaje, pues anteceden a la conducta.

Antes de entrar de lleno a la Teoría del Aprendizaje Social, es necesario comenzar con una descripción de diferentes modelos que explican la adicción a las sustancias, para entonces poder hacer una comparación y destacar las ventajas que esta teoría psicológica ofrece para desarrollar intervenciones diferentes enfocadas a la conducta adictiva, las que incluyen el uso de instrumentos de diagnóstico específicos.

La Teoría del Aprendizaje Social difiere de las teorías tradicionales de las adicciones en que estas últimas se centran en un modelo de enfermedad médica que enfatiza las propiedades farmacológicas y fisiológicas del alcohol y sus efectos (Collins y Marlatt, 1983; citado en Abrams y Niaura, 1987), mientras que la primera da un papel primordial a los factores personales y ambientales que están involucrados en el proceso de aprendizaje que lleva a cabo todo ser humano.

Miller y Hester (1995) mencionan que, según el Modelo Americano de Enfermedad, el alcoholismo se considera como una condición única y progresiva, que atraviesa por diferentes etapas degenerativas, cualitativamente diferente de la normalidad. Los alcohólicos poseen una condición distinta al resto de las personas, que los hace incapaces de moderar o controlar su consumo. Los síntomas centrales considerados desde este punto de vista son: la pérdida de control sobre el alcohol y la incapacidad para dejar de beber una vez que se ha empezado a hacerlo. Se entiende el alcoholismo como una enfermedad irreversible que no puede ser curada. De la misma manera dentro de este modelo, en lo referente al consumo de sustancias psicoactivas, una definición ampliamente utilizada es la de farmacodependencia, que es definida por Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (1998) como *"estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por*

1. Deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
2. Tendencia a incrementar la dosis.
3. Dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga.
4. Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

Definición que se relaciona con el modelo médico, porque no toma en cuenta ninguno de los fenómenos psicológicos (aprendizaje vicario, cognición, déficits conductuales, entre otros) por los cuáles se puede entender el desarrollo de la adicción a alguna sustancia; lo que refleja la importancia que este modelo le da a los aspectos fisiológicos del consumo de sustancias psicoactivas.

En el Modelo de Abstinencia (Miller y Hester, 1995), el alcohol es visto como una droga sumamente peligrosa y dañina, la cual nadie puede usar de forma segura o moderada. Así, se dice que la causa de los problemas del alcohol es el alcohol mismo. Una aproximación para la solución del problema es exhortar a los individuos a practicar la abstinencia.

El Modelo Educacional (Miller y Hester, 1995) es una herramienta para la prevención y tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol. El tratamiento frecuentemente incluye una serie de lecturas y videos. Para este modelo, los problemas relacionados con el alcohol se deben a déficits en el conocimiento debidos a una falta de información precisa sobre el consumo de éste. Cuando las personas cuentan con el conocimiento adecuado, se piensa que tendrán menos probabilidad de usar alcohol u otras drogas y, por tanto, sufrir las consecuencias relacionadas con el consumo. Algunas aproximaciones educativas han incluido un componente afectivo para promover la motivación al cambio o para evitar el abuso del alcohol u otras sustancias.

El Modelo Caracterológico (Miller y Hester, 1995) enfatiza que las raíces del alcoholismo están en las anormalidades de la personalidad. Para los psicoanalistas esto representa una fijación temprana del desarrollo psicológico normal, involucrando severos conflictos no resueltos relacionados con la dependencia. Otra hipótesis psicodinámica considera al alcoholismo como el surgimiento de una homosexualidad latente, baja autoestima, conflictos de roles sexuales, o un manejo de poder y control por personas que se sienten impotentes. El concepto central es que los alcohólicos son personas con tipo de personalidad específica y que la solución del alcoholismo requiere una reestructuración de la personalidad.

Los Modelos de Condicionamiento enfatizan el rol del aprendizaje de la conducta de beber y el deseo de consumo. Puntos de vista recientes apuntan al rol del condicionamiento clásico en la tolerancia a las drogas. El condicionamiento operante de Skinner encaja con el hecho de que beber lleva consigo consecuencias, las cuales continúan o incrementan el consumo al ser placenteras para el individuo. La premisa del Modelo de Condicionamiento es que el consumo excesivo de alcohol u otras drogas es un hábito aprendido. De esta manera, se puede ayudar al individuo a reaprender patrones de conducta (Miller y Hester, 1995).

El Modelo Biológico (Miller y Hester, 1995) pone énfasis en procesos genéticos y fisiológicos como causas del alcoholismo. También se ha dado importancia a los factores hereditarios de riesgo así como la existencia de condiciones biológicas únicas que predisponen a algunos individuos al alcoholismo. Este enfoque toma como base la farmacología del alcohol como factor único para explicar cómo la conducta de beber puede llegar al alcoholismo, sin tomar en cuenta factores tan importantes, como son los personales y ambientales. La farmacología de las adicciones representa en sí mismo un modelo biológico, cuando se utiliza para explicar el abuso del alcohol u otras drogas.

El Modelo General de los Sistemas (Miller y Hester, 1995), toma a la conducta individual como una parte inherente de un sistema social más amplio. Las acciones de las personas no pueden ser comprendidas sin considerar su relación con otros miembros y niveles de los sistemas en los cuales se desarrolla la persona (familiar, social, escolar, laboral, etc.) Un Modelo General de los Sistemas sostiene que un sistema tiende a mantener un estatus de equilibrio y una resistencia al cambio. Trabajar únicamente con el individuo, por tanto, se considera una visión limitada. Por ejemplo, lo que parece ser un problema de alcohol en un individuo, es, de hecho, una disfunción de un sistema más amplio del cual forma parte ese individuo.

El Modelo Sociocultural (Miller y Hester, 1995), toma en cuenta el rol de la sociedad y la cultura dentro de los patrones de la conducta adictiva y sus problemas relacionados. Por ejemplo, el nivel per cápita de consumo de alcohol en una sociedad está influenciado por la disponibilidad de las bebidas alcohólicas. A mayor disponibilidad, mayor consumo. Otros factores culturales que se consideran son el estrés social o la alienación, las actitudes hacia el alcohol y la importancia simbólica o funcional del alcohol dentro de la sociedad.

El Modelo de Salud Pública (Miller y Hester, 1995), ofrece un punto de vista integrador. Los profesionales de la salud pública consideran tres tipos de factores causales en la comprensión e intervención de cualquier enfermedad. Uno de ellos es el *agente*, que frecuentemente es un germen, pero en este caso se refiere al alcohol etílico. El agente por sí mismo contiene cierto potencial destructivo. El modelo también le da la importancia a los *factores huésped*, que se refieren a las diferencias individuales que influyen en la susceptibilidad a la condición. Se puede pensar en factores de riesgo personales que incrementan o decrementan la susceptibilidad de las personas a la enfermedad. El tercer factor es el *ambiente*. En lo que se refiere a enfermedades infecciosas, se debe poner atención a la condición del agua, a insectos o a otros medios por los cuales el agente se dispersa a nuevos huéspedes. En lo que se refiere al alcoholismo, el énfasis se hace en aquellos aspectos del ambiente que promueven el uso y el abuso del alcohol.

Con lo revisado hasta el momento, es posible señalar que los Modelos de Enfermedad o Biológicos no permiten que las adicciones sean tratadas por profesionistas no médicos, al tomar en cuenta solamente aspectos fisiológicos. Además imponen limitantes en la comprensión de la conducta adictiva. Por ejemplo, en un inicio, debido a las nociones sobre especificidad biológica / genética, el modelo de enfermedad para las adicciones fracasó en su intento por explicar los factores comunes entre éstas, incluyendo adicciones que no involucran el uso de sustancias (juegos de azar y conducta sexual). Estos modelos también sugieren que los individuos no son responsables de cambiar su comportamiento, y por lo tanto, son incapaces de explicar cómo y por qué un buen número de individuos se sobrepone a sus adicciones sin ningún tratamiento o ayuda profesional o por qué parecen beneficiarse con una variedad de aproximaciones de tratamiento (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995).

Dentro del contexto de los modelos explicativos de la conducta adictiva, el Modelo de Aprendizaje Social enfatiza, como se mencionó anteriormente, una interacción multideterminada entre variables biológicas, ambientales y organizmicas (cognoscitivas,

emocionales y psicofisiológicas) Este modelo también asume que tener una expectativa de mucho control, incrementa la probabilidad de moderar o dejar de consumir alcohol u otras drogas. La teoría del aprendizaje social en la que se basa el modelo, destaca cómo los factores biológicos y bioquímicos pueden influenciar las cogniciones de un individuo (por ejemplo, expectativas de reducción del estrés) y los intentos de iniciar métodos alternativos de enfrentamiento para prevenir recaídas (Abrams y Niaura, 1987)

Estas expectativas que tiene cada individuo acerca del éxito que puede tener para enfrentar determinada situación, son llamadas *expectativas de autoeficacia*. Expectativa de autoeficacia es un concepto clave para la Teoría del Aprendizaje Social y para el Modelo de Prevención de Recaídas (Bandura, 1977, 1978; Marlatt y Gordon, 1985, citado en Skutle, 1999). Skutle (1999), define este término como el juicio que tienen las personas de sí mismas, de la capacidad para alcanzar un cierto nivel de ejecución o desempeño; específicamente para este modelo, se refiere a las expectativas que tiene una persona para luchar contra una situación de alto riesgo en particular, dentro de lo que es su conducta de beber. Esta autoeficacia está muy asociada con el nivel de consumo de la persona, así como con los beneficios sociales y psicológicos del mismo.

Bandura (1969; citado en Abrams y Niaura, 1987) sostiene que “los alcohólicos son gente que ha adquirido el consumo de alcohol a través del reforzamiento diferencial y de las experiencias de modelamiento como una respuesta dominante a la estimulación aversiva”. Para sustentar este principio general, Bandura propone que las variables del aprendizaje social influyen de varias maneras en las contingencias del reforzamiento asociadas con el uso de alcohol.

Otras variables diferentes que se derivan de la Teoría Tradicional del Aprendizaje fueron incluidas también en la Teoría del Aprendizaje Social, como por ejemplo, las normas culturales y las creencias acerca del beber y de la abstinencia, las cuales pueden explicar la disparidad de la incidencia de alcoholismo entre diferentes culturas y subculturas (Abrams y Niaura, 1987).

Esta teoría asume que al menos de manera implícita toda la conducta de beber, desde la abstinencia hasta el abuso del alcohol, está gobernada en diferentes grados por principios del aprendizaje similares, como son: cognición, y reforzamiento. La teoría también asume que como los determinantes del aprendizaje social de la conducta de beber pueden cambiar en función de los escenarios y del tiempo, la conducta de beber puede también variar de manera concurrente (Abrams y Niaura, 1987). No hay una progresión necesaria o inexorable a través de varias etapas del alcoholismo, como se sugiere en el modelo de “enfermedad” ya revisado, en donde *es importante mencionar que se pasa de ser una persona normal a ser un enfermo irreversible*.

Bandura con su teoría, al considerar importante el papel de la cognición en la conducta adictiva, marca la pauta a investigaciones más detalladas en torno a este tema. Así se puede citar la investigación de Toneatto (1999), en la cual define la metacognición como creencias y actitudes sobre la cognición y sostiene que ésta tiene particular relevancia en el análisis cognitivo del abuso y dependencia de sustancias. Desde esta perspectiva metacognoscitiva, el uso de sustancias es un indicador efectivo de una rápida modificación de efectos cognoscitivos, tales como sentimientos, pensamientos o recuerdos aversivos o indeseables. Las sustancias psicoactivas pueden modificar directamente los eventos cognoscitivos (p. ej. inducir relajación, disminuir la aversión, reducir estados de alerta, etc); o indirectamente (modificando las creencias y actitudes sobre eventos cognitivos aversivos). Dichas modificaciones cognoscitivas pueden ser reforzadores positivos y negativos latentes para la conducta de beber. A lo largo del tiempo, los consumidores adquieren un amplio cuerpo de conocimientos, expectativas y creencias de los efectos de las sustancias psicoactivas en la cognición, así como el conocimiento de que dichas consecuencias cognoscitivas pueden no ocurrir aún con el uso de la sustancia. Con lo anterior, se concluye que tanto el uso de alcohol como el de drogas tienen una mayor probabilidad de ocurrir cuando el individuo ha experimentado emociones desagradables, y que los eventos cognoscitivos agradables tienen una baja probabilidad de asociarse con el uso de sustancias adictivas. De igual manera, reporta que algunas de las consecuencias metacognoscitivas de no consumir son incomodidad física, alteraciones del sueño, persistencia prolongada al evento cognoscitivo cuando se trata de eventos de autoalerta, así como la intensificación del mismo cuando se refiere a eventos cognoscitivos del estado de ánimo. También menciona que el uso de drogas y alcohol disminuye eventos cognoscitivos agradables como el amor, tranquilidad y placer.

Algunos determinantes situacionales que llevan al consumo de diferentes drogas son los que señalan Moos y cols. (citado en Abrams y Niaura, 1987) y se refieren a eventos de vida estresantes, presiones del trabajo, la familia, el papel que juegan las redes sociales y el apoyo social.

Hasta el momento, se han descrito algunos puntos de la teoría de Bandura (citado en Abrams y Niaura, 1987) que explican la adicción al alcohol, los cuales se consideran útiles para hacer una generalización que explique la conducta adictiva a las drogas ilegales. Por tanto, a continuación se mencionarán los principios fundamentales de la Teoría del Aprendizaje Social del Uso y Abuso de Alcohol, que pueden ser aplicados al uso y abuso de drogas ilegales.

1. La adicción a las drogas ilegales se puede ejercer indirectamente a través de actitudes, expectativas y creencias que, a diferencia del alcohol, en pocas personas son positivas a una edad temprana. En este caso, las actitudes son positivas cuando el sujeto se involucra en un medio en el que los compañeros consumen, lo que a su vez modelará el consumo de drogas y redundará en un reforzamiento social inmediato. Por lo que los agentes socializadores son, al igual que en la conducta de beber, una influencia necesaria pero no suficiente para explicar el desarrollo del abuso y dependencia a las drogas.

2. El consumo continuado de drogas, al igual que el de alcohol, incrementa cada vez más ya que con él existe tanto un reforzamiento negativo, pues con el consumo desaparecen factores tales como tensión o estrés; como un reforzamiento positivo, al aparecer factores como la euforia o un incremento en la interacción social. Estos efectos son mediados fuertemente por expectativas aprendidas socialmente, las cuales pueden determinar dichos efectos, especialmente con dosis bajas
3. El individuo aprende que el consumo de drogas, al igual que el de alcohol, es una forma de enfrentar las demandas de una situación o de evitar situaciones aversivas; entonces la probabilidad de que se continúe con el consumo aumenta si el sujeto es incapaz de aprender a desarrollar otras alternativas más adaptativas, como las habilidades de enfrentamiento

Los determinantes del consumo de alcohol, que resultan ser los mismos que para el consumo de otras drogas son, en general (Abrams y Niaura, 1997):

- a) Estresores ambientales que exceden la capacidad de enfrentamiento
  - b) Baja auto-eficacia de conductas alternativas de enfrentamiento
  - c) Expectativas de grandes efectos de la sustancia, que se producirán mientras la sustancia se desea
  - d) Minimización de consecuencias negativas a largo plazo
4. Tanto el alcohol como las drogas ilegales producen una tolerancia directa, ya que se requiere que se consuman cada vez mayores cantidades de la sustancia para obtener los mismos efectos que anteriormente se obtenían con cantidades menores; esto actúa como un mediador secundario en el incremento de consumo.
  5. Si tanto el nivel de consumo de alcohol como el de drogas incrementan, y el consumo se sostiene a través del tiempo, el riesgo de desarrollar dependencia física o psicológica incrementa. Las señales ambientales como ver u oler la sustancia adictiva pueden, por sí mismas, producir "demandas ambientales" (p. ej., llegar a ser un estímulo que resulte en una experiencia cognitiva de deseo como una urgencia o deseo intenso a consumir).
  6. El abuso de sustancias, sin embargo, no sólo es resultado de variables biológicas, ambientales y psicológicas. Cada episodio de abuso de drogas tiene consecuencias sociales e individuales recíprocas que pueden exacerbar más consumo por la presencia del incremento de estrés y esfuerzo en las interacciones subsecuentes persona-ambiente. Por un lado, el individuo llega a ser cada vez más dependiente a la sustancia para obtener efectos positivos a corto plazo (euforia, mejor interacción social, disminución de tensión). Por otro lado, la conducta individual tiene consecuencias personales y ambientales a largo plazo continuamente devastantes. Con esto, se produce un círculo vicioso persona-ambiente

7. La influencia de estos diferentes factores sociales, situacionales e individuales del consumo de drogas varían entre individuos y en el mismo individuo dependiendo del momento en que se encuentre. Entonces, se puede asumir que no es necesaria una combinación de factores para generar un adicto al alcohol o a las drogas (p. ej., una personalidad alcohólica, una predisposición genética simple o estresantes ambientales) y que no existe una progresión inexorable a través de "etapas" claramente definidas de las adicciones. Dicho de otra forma, se asume que hay múltiples patrones biopsicosociales del uso, abuso y recuperación de la adicción, subyacentes a los mismos principios del aprendizaje social.
8. La recuperación dependerá de la habilidad del individuo para escoger y explorar formas alternativas de enfrentamiento. Tanto las habilidades generales de enfrentamiento requeridas en la vida cotidiana, como las habilidades de autocontrol específicas necesarias para manejar el consumo de drogas son necesarias. A través de la práctica directa, la persuasión verbal, el modelamiento y los patrones fisiológicos, el individuo debe adquirir y practicar habilidades alternativas intrapersonales e interpersonales de manera exitosa, para desarrollar niveles lo suficientemente altos de auto-eficacia para resistir situaciones demandantes. Un ejemplo de esto lo ofrecen Donohue, Van Hasselt, Hersen y Perrin (1999), en una investigación en la que demuestran que jóvenes consumidores de drogas presentan una carencia significativa de tres habilidades de rechazo: negarse a ir a un lugar donde las drogas estén presentes, dar una explicación concisa del por qué no pueden consumir drogas, y no aceptar cuando las drogas se las ofrecen por segunda ocasión.

De esta manera, es entonces importante señalar que en cuanto a la conducta adictiva las variables de aprendizaje, tales como condicionamiento clásico y operante, aprendizaje social y observacional, y procesos cognoscitivos de segundo orden tales como: las creencias, las expectativas y las atribuciones, son comunes a los procesos adictivos. Como un ejemplo de ello, se ha encontrado el desarrollo de tolerancia condicionada y de respuestas condicionadas a señales de las drogas (Baker, Morse y Sherman, 1987; Tiffany y Baker, 1986; Gutiérrez y Ayala, 1994, citado en Ayala et al., 1995).

La Teoría del Aprendizaje Social como una explicación de la conducta adictiva, está apoyada por el trabajo de Velazco (1997), quien menciona que todos los estudiosos de las adicciones señalan que, siendo en realidad muy importantes, los elementos psicosociales necesitan interactuar con los factores individuales orgánicos y psicológicos para propiciar el consumo de drogas. Así mismo señala que los elementos psicológicos individuales son determinantes en lo que se refiere al consumo de drogas.

Otro apoyo a la Teoría del Aprendizaje Social, lo constituyen las investigaciones de Davies (1962)\* y de Baley y Stewart (1967)\*, en las que se encuentra que en el seguimiento de algunos "alcohólicos" sometidos a tratamiento, retornan al consumo social normal de alcohol, después de cuatro años o más de haber terminado el tratamiento. Con esto se explica que el consumo no es excesivo de nuevo, porque ahora los consumidores ponen atención a las situaciones que son peligrosas, es decir, que desencadenan un abuso del alcohol y lo evitan.

Este hallazgo indica dos cosas: primero, que la conducta adictiva es aprendida y, por tanto, susceptible de ser modificada; segundo, que esta modificación es un proceso en el cual los individuos atraviesan por diferentes etapas de las cuales se hablará a continuación.

### Etapas de Cambio en el Tratamiento de la Conducta Adictiva

Si bien las conductas adictivas no son procesos continuos, sí siguen etapas de cambio comunes. Es así que los sujetos atraviesan por cinco etapas para lograr el cambio en relación con su conducta adictiva. Estas etapas las describen Prochaska, Velicer, Norman y Fava (1999) en su modelo de cambio. Afirman que el cambio en la conducta se puede conceptualizar como una vinculación entre un número de etapas, las cuales requieren modificaciones o alteraciones en las actitudes con el fin de progresar. La primera etapa es la *precontemplación*, en la cual la idea de cambio ni siquiera está considerada. El ciclo empieza cuando el individuo empieza a contemplar esta idea. Suele ocurrir que las personas que se encuentran en esta etapa consideren con firmeza su cambio en los siguientes seis meses. Estas personas reconocen el problema y saben lo que quieren hacer, sólo que no están preparados para lograrlo. Se espera que el paso por las etapas sea el adecuado para promover un cambio en la conducta y se tome la determinación de tomar parte y hacer algo para lograrlo. A partir de entonces, ocurrirá una serie de cambios en el pensamiento y el comportamiento. Se espera que cuando estos ocurran se acepten y lleguen a volverse, hasta cierto punto, automáticos, para así llegar a la etapa de mantenimiento del cambio en la conducta; esta etapa representa un cambio continuo a largo plazo, pero esto no significa que se trate de una etapa estática; al contrario, el individuo consolida sus logros conductuales y cognitivos, para intentar evitar las recaídas. Si el individuo es capaz de mantener su logro, sale por completo del ciclo.

Además, Prochaska, Velicer, Norman y Fava (1999) no olvidan el papel que juegan tanto las recaídas como los “deslices”. Refiriéndose a recaídas como la reincidencia continuada del consumo de la sustancia adictiva, y tomando al desliz como una sola ocasión de consumo después de haber empezado el cambio. Estos pueden variar en severidad, así como las reacciones hacia los mismos. Algunas recaídas pueden desmotivar en exceso a las personas, hasta el punto de regresarlas a la etapa de precontemplación por mucho tiempo antes de que logren volver a la etapa de contemplación. A otras personas, sin embargo, el sufrir una recaída les ayuda a considerar los antecedentes de la misma, así como aquellos momentos o situaciones en donde deben esforzarse más, y cómo manejarse para volver al camino del cambio de la forma más rápida posible.

No se debe olvidar que una ventaja de este modelo es la flexibilidad que presenta ante las necesidades específicas de cada individuo: Algunas personas logran el cambio más rápidamente que otras, mientras que hay quienes requieren más tiempo para pasar por todas las etapas.

Para apoyar la flexibilidad de las etapas de cambio, Annis (1990), dentro del campo del Modelo del Aprendizaje Social, realizó un estudio para explorar las diferencias individuales que manifiestan bebedores crónicos en situaciones de alto riesgo, con base en

los patrones del Inventory of Drinking Situations (IDS) Con este estudio clasificó a los sujetos dentro de cuatro posibles perfiles, dependiendo de las características demográficas (sexo, edad y estado civil) y de consumo de cada uno. Lo anterior se hizo para demostrar que no existe un patrón de seguimiento universal en dichas etapas, sino que varía dependiendo de las diferencias individuales.

### Influencia de la Cultura en la Conducta Adictiva

Como ya se revisó, en la Teoría del Aprendizaje Social se le da gran importancia a los factores culturales como influencia en el desarrollo de la conducta adictiva. Esto es algo que se debe tener muy en cuenta al realizar trabajos específicamente relacionados con la población de un país, en el caso particular de este trabajo, la población mexicana. Por lo tanto, se considera necesario revisar algunos aspectos relacionados con este punto.

La cultura como influencia en el consumo de drogas es algo que ha tomado importancia en el estudio sobre adicciones. Al respecto Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, Copello y Velleman (1998), hacen una investigación transcultural sobre el estrés y el esfuerzo que hacen los familiares de personas con problemas con las drogas en Inglaterra y México y concluyen que existen factores universales y factores particulares de cada cultura.

Dentro de los factores universales se encuentran: incomodidad de vivir con el consumidor, preocupación acerca de la salud o desempeño del consumidor, experimentar dificultades económicas, estar alerta de las consecuencias perjudiciales de toda la familia, sentir ansiedad, preocupación, desesperanza y depresión leve, experimentar una salud en general pobre o síntomas físicos específicos los cuales se relacionan, al menos en parte, con el estrés de vivir con los efectos de un problema de drogas o alcohol.

Por lo que respecta a los factores particulares de ambas culturas, se encontró que en primer lugar, el nivel general de pobreza fue más alto entre los participantes mexicanos que entre los ingleses. En segundo lugar, el número de miembros de una familia que viven juntos es marcadamente mayor en México. Estos dos puntos reflejan que en las familias mexicanas predomina un nivel socioeconómico desfavorable, en comparación con las familias inglesas. En cuanto al consumo de drogas, se observó que entre las familias mexicanas se presentó un gran número de problemas por el consumo de inhalables, lo que se relaciona con las diferencias socioeconómicas, ya que los inhalables son más accesibles a la gente pobre, mientras que las drogas ilícitas son menos accesibles. En cuanto a los familiares de los ingleses se encuentra que tienden a reportar preocupación acerca de la ausencia en el hogar del consumidor por varios días, o por "irse y venir a la casa" constantemente, lo que no se observa en los consumidores mexicanos, ya que en gran medida no están acostumbrados a la misma independencia que los ingleses.

Por otro lado, Cabrera (1999), al hacer un estudio sobre el uso de drogas entre la juventud hispana de Estados Unidos y revisar una vasta literatura en torno al tema de las adicciones, encuentra que existen factores de riesgo comunes para todos los sujetos, independientemente de la cultura, y factores únicos para cada cultura.

Entre los factores comunes, este autor menciona:

### *Factores del contexto social*

- Factores de riesgo sociodemográficos y económicos: Se refieren a características propias de la población, tales como edad, sexo, estado civil, y nivel de ingresos, entre otros. El uso de inhalables, por ejemplo, está relacionado con el estar involucrado con pares que los usan, bajos niveles de educación, familiares que usan inhalables, y unos padres que se esfuerzan mucho por ejercer gran control sobre los hijos. También se encuentra que la pobreza es una fuerte influencia en el uso de drogas.
- Accesibilidad: se refiere a una serie de circunstancias físicas, sociales y económicas que traen consigo la facilidad o dificultad de obtener drogas, especialmente con respecto a su costo y la cantidad de esfuerzo físico requerido para obtenerlas. La accesibilidad también se refiere a aspectos sociales, porque las drogas son más accesibles y más comúnmente usadas en algunos grupos sociales que en otros. Sin embargo, se ha observado que aunque cuando los costos son altos y el esfuerzo requerido es grande, la tendencia a usar drogas es más bajo, algunas personas con una gran inclinación para usar drogas se esforzarán para hacer a un lado las barreras que les pueden impedir el consumo. No obstante, cuando los costos son bajos y se requiere poco esfuerzo, la tendencia a usar drogas será alto. Por ejemplo, Joe y Simpson (1991, citado en Cabrera, 1999) encontraron que dos variables de accesibilidad - que las drogas eran fáciles de obtener y baratas - estaban significativamente asociadas a niveles altos de uso de drogas entre la juventud mexicana.

### *Factores Individuales e Interpersonales*

- Percepción del uso de drogas: se refiere a la teoría de los efectos percibidos, que postula que un individuo estima los costos y beneficios del abuso de sustancias. El abuso de sustancias continuará en tanto el usuario evalúe más los beneficios totales percibidos que los costos del consumo. También incluye las actitudes hacia el uso de la sustancia, que se ha encontrado tienen una fuerte relación con el consumo actual. Un ejemplo de ello es que para la mayoría de los hombres hispanos, el consumo de alcohol es sinónimo de virilidad. Esta percepción puede provocar que se incremente el consumo de alcohol y hace ambigua la definición del usuario de un uso leve o moderado.
- Redes de pares y familiares: la teoría de redes se enfoca en la estructura y contenido de los lazos entre actores sociales (p ej pares y familiares) más que en las características individuales de los actores. El grado de influencia depende de la estructura de la red social, qué tan fuertemente está integrada la persona dentro de ésta, qué tan importante es ésta en la vida de la persona, cómo se relaciona con otras redes sociales de la persona, qué tan estable ha sido la red social, y aspectos

relacionados. Sobre todo, el uso de drogas ocurre principalmente cuando un individuo está inmerso en alguna y, especialmente, en varias redes que permiten o impulsan esta conducta. Y, si las redes están traslapadas, por ejemplo, si los amigos no son solo vecinos sino también compañeros de escuela, el gusto por las drogas incrementará más aún. Esto último parece ser el caso de los jóvenes hispanos, que tienden a formar más redes sociales que les permiten desarrollar esta conducta desadaptativa. Por otro lado, se ha encontrado que la influencia de los familiares es mayor en los hispanos que en los norteamericanos, por lo que también tienen frecuentemente más apoyo social de los familiares.

- Factores relacionados con la escuela: calificaciones bajas, pocos logros escolares, mala conducta escolar, asociación con pares, y actitudes hacia la escuela basadas en el grupo de pares, se ha encontrado que correlacionan significativamente con el uso de drogas.

Dentro de los factores únicos de la cultura hispana, Cabrera (1999) menciona:

#### *Factores Socioculturales*

- Identificación cultural: la teoría de la identificación cultural postula que aquellas personas con una gran identificación con una cultura se perciben a sí mismas como adaptadas a esa cultura. El efecto de la red tiende a incluir un sentido de competencia y estar más satisfecho con su vida. En pocas palabras, el abuso de sustancias significa aceptación cultural, por lo que sus efectos negativos son irrelevantes para el consumidor.
- Aculturación: incorpora elementos más complejos de la cultura. Se define como el proceso por el cual los individuos llegan a ser aceptados dentro de una nueva cultura a través de la adopción del lenguaje, valores, creencias y otras conductas de la nueva cultura. Por ejemplo, se ha encontrado que un buen número de hispanos tienen un patrón de uso de sustancias similar al de la población estadounidense.
- Valores y conflicto cultural: la teoría del esfuerzo de aculturación, sólo toma en cuenta exposiciones múltiples estresantes a las que se enfrenta la persona que sufre un cambio cultural, las cuales pueden predecir efectos simultáneos como problemas de conducta o uso de drogas. Tales exposiciones pueden incluir: orientación cultural, problemas de lenguaje, discriminación percibida hacia otros significantes, incompatibilidades culturales percibidas, y compromiso y falta de compromiso con los valores culturalmente prescritos de protección tales como unión familiar y orgullo cultural.
- Diferenciación entre sexos: se refiere a las diferencias entre roles de género. La teoría del aprendizaje social postula que la conducta puede aprenderse por medio de influencias indirectas tales como el modelamiento. Por ejemplo, los grupos de pares proveen modelos de uso de drogas, enseñan a sus miembros cuando, donde y como

usar drogas. También, los padres pueden influenciar a sus hijos a través de estándares internos que han impartido a través de sus propias acciones, tal como ignorar el abuso de alcohol del esposo o esposa en el hogar. De hecho, hasta los padres que no son usuarios de sustancias, quienes no han ejercido influencia social en sus hijos en contra del uso de drogas específicamente, tienen un pequeño o nulo impacto sobre las posibles experiencias iniciales de sus hijos con las drogas. Sin embargo, el uso de drogas en jóvenes ocurre más comúnmente en aquellos que han estado expuestos a las drogas vía estructura familiar, escuela o vecindario que personas que están rodeadas por no usuarios

La expectativa de rol de género de que los hombres hispanos que son bebedores provee a sus familias influencias positivas del uso de alcohol. Además, los mandatos religiosos influyen el uso del alcohol en el hombre de la misma manera.

Por otro lado, debido a que no es culturalmente correcto para las mujeres tener el consumo de alcohol que tienen los hombres, estos no tienen límites en cuándo o cuánto tienen permitido beber. Se ha encontrado que las diferencias en la aprobación de la conducta de beber están basadas en la feminidad, masculinidad y agresión percibida en mujeres y hombres en la cultura hispana.

El autor concluye que es necesario llevar a cabo más estudios sobre el abuso de drogas en población hispana, puesto que es una población que está creciendo y en la cual las tasas de prevalencia de consumo de drogas son altas. Es necesario puesto que si se carece de ellos, entonces se tiende a generalizar los datos encontrados en investigaciones llevadas a cabo con población norteamericana solamente. Por lo tanto, los estudios futuros deben medir los cambios en patrones del uso de drogas de ciertos grupos a lo largo del tiempo, en relación con las fluctuaciones históricas y ambientales. Por otro lado, también se propone que estudios futuros exploren las razones por las cuales la gente deja de usar drogas, investigando sobre todo las razones de diferentes grupos étnicos, generaciones, géneros, y variables de este tipo (Cabrera, 1999). Esto es importante, ya que con esta clase de estudios se puede brindar un claro retrato del proceso cognoscitivo y conductual por el cual se abandona el uso de drogas y la manera en que la cultura afecta el proceso

#### **d)Conceptos Básicos**

A continuación se presentan las definiciones más importantes referentes a conceptos básicos en el estudio de las adicciones:

**a)Droga:** se aplica a “aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia física, psíquica o ambas y que ocasionan en muchos casos un grave deterioro psicorgánico y de conducta social” y es equivalente al de droga de abuso.

**b) uso y abuso de drogas:** Las definiciones están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo y se miden por medio de indicadores tales como consumo per cápita, patrones de consumo y problemas asociados. Por lo tanto, cuando se trabaja con la conducta adictiva, se debe estar muy familiarizado con las características que implican el uso y el abuso de sustancias, pues de esta manera, será posible dar al usuario el tratamiento adecuado (prevención primaria o secundaria, respectivamente).

**c) Dependencia:** La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer. Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la “necesidad irresistible” de consumo (craving) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias.

**d) Abstinencia:** La característica esencial de la abstinencia por sustancias consiste en la presencia de un cambio desadaptativo del comportamiento, con concomitantes fisiológicos y cognoscitivos debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias.

Muchos (quizá todos) sujetos con abstinencia por sustancias presentan una necesidad irresistible de volver a tomar la sustancia para reducir los síntomas. Los siguientes grupos de sustancias pueden dar lugar al diagnóstico de abstinencia: alcohol, anfetaminas y otras sustancias afines; cocaína, nicotina, opiáceos y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Los signos y síntomas de abstinencia varían de acuerdo con la sustancia empleada, y muchos empiezan en forma opuesta a los observados en la intoxicación por esta misma sustancia.

#### **e) Clasificación de las Drogas**

Existen diversas clasificaciones de los grupos principales de drogas, Brailowsky (1999) propone una clasificación para las drogas, que a continuación se menciona:

- 1) Estimulantes:** Son sustancias que aumentan el estado de vigilia, combaten el sueño, producen una sensación de energía incrementada y, a dosis elevadas, estados de excitación extrema. Entre las sustancias estimulantes se encuentran las anfetaminas, la cocaína, la estricnina, el café, el té, el chocolate y la nicotina. Los estimulantes se dividen en agentes menores y mayores.

Los *estimulantes menores* incluyen el café, el té y el chocolate. Su patrón de abuso es bastante estereotipado y, por demás frecuente. Probablemente sean las drogas psicoactivas más utilizadas en el mundo, sobre todo si incluimos los refrescos, algunos analgésicos y remedios contra la gripa que contienen cafeína.

De los *estimulantes mayores*, la cocaína y las anfetaminas representan las sustancias de abuso más frecuente. También se puede referir a ellas con términos populares como “speed”

- **Anfetaminas:** Al principio, el sujeto se siente con mucha energía, entusiasta, dinámico, feliz, confiado, optimista y hasta poderoso; duerme poco y se complica en proyectos ambiciosos, tiene dilatación pupilar, boca seca y aumento de la temperatura. Después del primer día, y a medida que aumenta la dosis, los efectos tóxicos empiezan a aparecer: confusión, desorganización de la conducta y del pensamiento, repetición de actos sin sentido, irritabilidad, nerviosismo, miedo. Después de algunos días de consumo repetido, puede haber crisis de psicosis paranoica con actitudes agresivas y antisociales gratuitas, sin razón aparente, e incluso alucinaciones. Existen numerosas sustancias con efectos catecolaminérgicos que actúan por medio de mecanismos similares a los de las anfetaminas, pero cuyos efectos son mucho menos marcados que los de éstas. Por ejemplo, algunas gotas para la nariz que contienen efedrina, fenilefrina, pseudoefedrina, fenilpropanolamina, propilhexedrina, nafasolina, tatrahidrosolina, oximetasolina o xilometasolina.
- **Cocaína:** Los usuarios de cocaína describen sus efectos euforizantes en los mismos términos que con las anfetaminas; sin embargo, la duración del efecto de la cocaína es mucho más breve: su vida media es de alrededor de 50 minutos, mientras que la de las anfetaminas es de cerca de 10 horas. La cocaína produce convulsiones, durante el embarazo facilita los abortos espontáneos o la muerte fetal, los individuos que la usan, frecuentemente reportan alucinaciones táctiles y visuales, automatismos (tics), paranoia y alteración de la conducta. La cocaína tiene un potencial de abuso importante y la dependencia psíquica se establece rápidamente. La interrupción brusca del consumo prolongado de ésta, se acompaña de depresión, angustia, intensa preocupación por conseguir el fármaco, y después, por fatiga y necesidad de dormir.

## 2) Drogas Depresoras:

**Barbitúricos y Benzodiazepinas:** Se abusa de ambos para combatir el insomnio. Son los sujetos que aseguran no poder pegar un ojo si no toman su píldora antes de acostarse. Algunos ejemplos son el tiopental, pentobarbital o el fenobarbital. Las personas con este tipo de adicción buscan mantener un estado de intoxicación leve todo el tiempo, parecida a la que producen niveles moderados de alcohol. Son individuos que pueden cambiar bruscamente de estado de ánimo, y volverse irritables, agresivos y buscableitos. La tolerancia y la dependencia física a los barbitúricos se desarrolla con una velocidad que depende de la dosis: a mayor dosis, mayor tolerancia y dependencia y síndrome de abstinencia más grave.

**Fenciclidina o “Polvo de ángel”:** Ha desarrollado una reputación de droga peligrosa por los reportes de conducta violenta y agresiva asociados a su consumo. A los sujetos que están bajo la influencia de este fármaco no se les puede producir dolor.

algunos. Esta sustancia puede provocar estados psicóticos que recuerdan casos de esquizofrenia y que pueden prolongarse hasta por varias semanas. Durante ellos, se han presentado episodios de violencia inducidos por sensaciones de paranoia intensa.

- 3) **Cannabis:** Fumado se absorbe rápidamente hacia la sangre, desde donde llega al cerebro y de allí, al resto del organismo. Las concentraciones plasmáticas máximas se alcanzan entre siete y 10 minutos, tiempo en el que los efectos cardiovasculares también aparecen. Los efectos subjetivos duran como máximo un periodo de tres horas. Algunos de los efectos que puede producir van desde una euforia discreta, hasta alteraciones en la percepción, el balance y el equilibrio, pasando por cambios en el sentido del tiempo, cambios en la imagen corporal, distorsiones perceptuales, incoordinación muscular, ilusiones, alucinaciones, alteraciones en la memoria a corto plazo, así como en la capacidad para realizar tareas que requieren estados mentales múltiples o secuencias precisas de movimientos, alteraciones en la percepción, atención y procesamiento de la información. También se reporta que los fumadores de marihuana presentan más apetito, sequedad de la boca y garganta, aumento de la frecuencia cardíaca, enrojecimiento de los ojos y mayor agudeza sensorial. Las dosis elevadas pueden producir estados tóxicos severos, lo que se denomina “psicosis tóxica”, acompañados de sentimientos de pánico y paranoia, de despersonalización y angustia extrema. A dosis efectivas, interfiere con el funcionamiento intelectual en general. Es común, también, encontrar el síndrome amotivacional que se ocasiona por el uso crónico de la marihuana, el cual incluye: apatía, aburrimiento, alteraciones del juicio, de la concentración y la memoria, pérdida del interés para relacionarse con otras personas o para lograr una superación personal, desgano en general y la falta de cuidado en la apariencia personal. A dosis elevadas, aparece tolerancia a la sustancia, taquicardia, disminución de la temperatura corporal y de la presión intraocular, cambios electroencefalográficos, efectos sobre el estado de ánimo y alteraciones psicomotoras; se observa también el síndrome de abstinencia, que se manifiesta por irritabilidad, inquietud, nerviosismo, pérdida del apetito, pérdida de peso, insomnio, temblor y aumento de la temperatura corporal.
- 4) **Narcóticos:** Este término incluye al opio y sus derivados (opioides), entre los que se encuentran: morfina, codeína y heroína. Producen dependencia psíquica o compulsión por su autoadministración, tolerancia, dependencia física y síndrome de abstinencia. Cuando hay intoxicación, se presenta depresión respiratoria, un estado estuporoso o de somnolencia extrema y, en casos graves y extremos, dilatación pupilar. Los efectos que producen son de corta duración.
- 5) **Solventes e Inhalables:** En este apartado se incluye a un grupo de sustancias volátiles utilizadas para alterar el estado mental. Se han establecido las siguientes categorías de sustancias:
- 6) **Gases anestésicos de uso médico:** éter, cloroformo, halotano y óxido nitroso.  
**Solventes industriales o domésticos,** incluyendo los adelgazadores de pintura o solventes, los desengrasadores y los solventes para los pegamentos.

- Los solventes contenidos en artículos de papelería o de arte, entre los más comunes se tienen los líquidos correctores y los solventes de los plumones.
- Gases usados en la casa o la industria, como el gas para cocinar, los sprays de crema batida o los gases para rellenar refrigeradores.
- Los aerosoles domésticos para aplicar pintura, fijadores para el cabello, protectores de tela.
- Los nitritos alifáticos, que son los medicamentos vasodilatadores

Algunos solventes son tóxicos para el hígado, otros para el riñón, otros para los nervios periféricos, otros para la sangre y otros para el sistema nervioso. El efecto agudo de la intoxicación incluye una excitación inicial que posteriormente se vuelve desinhibición, acompañado por una sensación de ligereza, euforia y agitación. Cuando la dosis aumenta se puede observar ataxia, disminución de los reflejos, mareo y desorientación. En los casos en los que se presenta una intoxicación severa se produce debilidad muscular, alteraciones del lenguaje, nistagmus (los ojos oscilan en forma involuntaria), delirio y en ocasiones alucinaciones con conductas alteradas. Horas después el individuo puede manifestar dolor de cabeza, letargo, incoordinación muscular y desorientación. Estas sustancias no producen dependencia ni tolerancia física.

Por otro lado, se encuentra que la Addiction Research Foundation hace una clasificación de las drogas mucho más extensa que las anteriores, que a continuación se presenta.

- Barbitúricos/sedantes
- Benzodiazepinas/tranquilizantes menores
- Inhalables (solventes industriales y comerciales)
- Narcóticos
- Alucinógenos
- Anti-psicóticos/tranquilizantes mayores
- Antidepresivos
- Anfetaminas y compuestos relacionados
- Otros estimulantes
- Cocaína, crack/de base libre
- Nitratos volátiles
- Antihistamínicos
- Agentes anti-parkinsonianos
- Productos combinados: de prescripción e ilegales

## **HABILIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA**

Durante el primer semestre de la maestría en Psicología Profesional, los estudiantes fuimos incorporados a un proyecto de investigación que se desarrollaba en la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría, en donde se desarrollaría el primer curso de la Residencia en Psicología de las Adicciones.

Durante el periodo de incorporación a este proyecto de investigación, el estudiante conocería los antecedentes teóricos y metodológicos del tema de investigación, la metodología, los instrumentos su aplicación, calificación, análisis de datos, interpretación de resultados y elaboración de reportes

A continuación presento las características del proyecto en el cual estuve colaborando durante este periodo:

**TITULO DEL PROYECTO:** Abuso de inhalables, desarrollo psicosexual en adolescentes. Relaciones sociales, laborales y familiares.

**DIVISION A CARGO DEL PROYECTO:** Investigaciones Epidemiológicas y Sociales

**INSTITUCION RESPONSABLE:** Instituto Nacional de Psiquiatría

**INVESTIGADORA RESPONSABLE:** Mtra Ma Asunción Lara

**DESCRIPCION DEL PROYECTO:** Este proyecto pretende estudiar la apreciación subjetiva de adolescentes (12-18 años), usuarios/as de inhalables sobre el uso de sustancias, los patrones de consumo y las características del mismo, así como los significados que les otorgan; explorar como se dan las transiciones en el consumo, las relaciones familiares y sociales en torno a éste problema y algunas características psicológicas. Se realizan entrevistas focalizadas con el fin de apreciar similitudes y diferencias entre los géneros. Se trata de un estudio en el área de las adicciones con una orientación de género, que parte de paradigmas cualitativos. (descriptivo, analítico y exploratorio)

\*Este proyecto se encontraba en Fase Final.

Con mi participación en éste proyecto de investigación, pude introducirme al terreno de las adicciones, y más particularmente, del abuso de inhalables en el cual se incluye a un grupo de sustancias psicoactivas que se definen más por su modo de administración que por su mecanismo de acción farmacológica; excluyendo a otras sustancias que también se inhalan como el tabaco, la marihuana, el opio o la cocaína, aquí se incluye más bien a un grupo de sustancias volátiles utilizadas para alterar el estado mental (Brailowsky, 1995) En éste apartado se han establecido las siguientes categorías de sustancias:

- Gases anestésicos de uso médico: éter, cloroformo, halotano y óxido nítrico
- Solventes industriales o domésticos, incluyendo los adelgazadores de pintura o solventes, los desengrasadores y los solventes para los pegamentos
- Los solventes contenidos en artículos de papelería o de arte, entre los más comunes se tienen los líquidos correctores y los solventes de los plumones

En México, el consumo de inhalables ha aumentado notablemente, siendo uno de los grandes problemas, el hecho de que se encuentran en numerosos productos para el hogar, la escuela, industria, papelerías, tlapalerías, etc. ; y que se pueden adquirir fácilmente además de ser baratos. Como muchas otras sustancias, la motivación para su uso cambia de acuerdo con el grupo social que las utiliza, ya sea para combatir el aburrimiento en las clases acomodadas, o para quitar el hambre en las clases desposeídas (Brailowsky, 1995)

A pesar de la multiplicidad de inhalables, no todos comparten los mismos efectos, particularmente en lo que se refiere a su toxicidad, algunos solventes son tóxicos para el hígado (clorohidrocarburos) otros para el riñón (tolueno), otros más para los nervios periféricos (hexano), unos más para la sangre (benceno), y finalmente otros más para el sistema nervioso (tolueno) (Brailowsky, 1995).

Las características principales de los inhalables son fisicoquímicas, particularmente las de alta solubilidad en grasas y pequeño tamaño, hacen que después de inhaladas se distribuyan ampliamente en todo el cuerpo y atraviesen las membranas de todo tipo de células. No existen pruebas de que actúen en receptores específicos, sino más bien con varios tipos de ellos (Brailowsky, 1995).

El efecto agudo de la intoxicación con inhalables muestra una excitación inicial que se convierte en desinhibición, con una sensación de ligereza, euforia y agitación, cuando la dosis aumenta se puede observar ataxia, disminución de los reflejos, mareo y desorientación. En casos de intoxicación severa, se produce debilidad muscular, alteraciones del lenguaje, delirio y ocasionalmente alucinaciones con conductas altamente alteradas. Algunas horas después, el sujeto puede despertarse con una especie de cruda, dolor de cabeza, letargo, incoordinación muscular, desorientación, etc. El cuadro dependerá del solvente en particular, aunque frecuentemente los sujetos se administran mezclas de ellos, lo cual hace casi imposible adjudicar la intoxicación a un solo agente (Brailowsky, 1995)

Los efectos asociados, sea a la intoxicación aguda severa o a la crónica leve con solventes orgánicos, son generalmente reversibles. Los daños graves e irreversibles ocurren generalmente en casos de intoxicación severa (concentraciones de varios cientos de veces más altas que las existentes en un medio laboral) que se da durante largo tiempo, condiciones que sólo se presentan en el contexto del abuso de drogas (Brailowsky, 1995)

Algunas de las manifestaciones del daño neurológico pueden ser parcialmente reversibles cuando se suspende la inhalación y éstas concluyen al interrumpir la administración, es decir, si el sujeto deja de inhalar, la toxicidad se interrumpe y no avanza más (Brailowsky, 1995).

Los principales síndromes neurológicos producidos por los solventes orgánicos son las encefalopatías, ataxia cerebelosa, neuropatía periférica, neuropatía craneal, Parkinsonismo, pérdida de visión y alteraciones multifocales; la gravedad de éstas alteraciones dependerá como ya se mencionó antes, de la intensidad del abuso. El pronóstico de recuperación, dependerá directamente de la gravedad del déficit neurológico hasta el momento de la suspensión. En casos severos, la recuperación puede tomar varios años (Brailowsky, 1995).

El proyecto por encontrarse en la Fase Final, requería de un análisis del contenido de las entrevistas efectuadas a las usuarias, y yo estuve a cargo de realizar lo concerniente a la parte de Sexualidad.

Mi trabajo las primeras dos semanas, consistió en leer el protocolo de la investigación y las 7 entrevistas de las usuarias, para posteriormente subrayar en el apartado de sexualidad, lo concerniente a cada rubro, labor necesaria para poder llevar a cabo el análisis del texto, lo cual me permitió formarme una idea de lo que abarcaba la investigación, su metodología y alcances. Al partir éste proyecto, de un paradigma cualitativo, pude ampliar mis conocimientos al respecto de la metodología cualitativa, sus formas de aplicación y la riqueza de contenido que se puede obtener a partir de ella. La metodología cualitativa se avoca a estudiar la percepción subjetiva de un fenómeno, y busca la explicación del mismo, a diferencia de los métodos cualitativos, que únicamente los cuantifica.

Una vez revisadas las entrevistas de las usuarias, mi siguiente labor consistió en elaborar 7 archivos en computadora, que contuvieran la información condensada de cada rubro de la entrevista; los cuales cito a continuación:

- Cambios Físicos
- Relaciones Sexuales
- Enfermedades de Transmisión Sexual
- Métodos Anticonceptivos
- Embarazos y Abortos
- Violencia Sexual
- Situación de Pareja Actual

Al leer las entrevistas a profundidad, tuve la oportunidad de comprender el fenómeno social del consumo de drogas, y más particularmente, del abuso de inhalables en una población de adolescentes mujeres y la problemática que conllevan éste tipo conductas

El aspecto de la sexualidad, es un factor clave en todo éste fenómeno. Al parecer, las adolescentes consumidoras inician a edad temprana su vida sexual, tienen muchas parejas sexuales ocasionales y poca información al respecto de las enfermedades de transmisión sexual, tales como la sífilis, gonorrea o SIDA. También han sufrido intentos o abusos sexuales por parte de desconocidos o incluso, de familiares. Está presente una devaluación al respecto de su propio cuerpo, en el sentido de que no lo cuidan, o incluso lo laceran, con tatuajes, orificios, cortadas, etc

Desafortunadamente, algunas de las adolescentes que conformaron la muestra de estudio, sufrían ya de un daño a nivel neurológico, debido al abuso de inhalables y otras drogas, ya que la mayoría de ellas, eran poliusuarias; al parecer la droga de inicio en éste caso eran los inhalables, para posteriormente, seguir consumiendo tantas sustancias psicoactivas, como estuvieran disponibles, y así aliviar el síndrome de abstinencia.

Una vez terminada la clasificación de ésta información, la cual me permitió tener un panorama general al respecto de los solventes inhalables, elaboré 9 gráficas que condensaban la información antes descrita, remarcando los aspectos más sobresalientes de la muestra. Las primeras dos gráficas, contenían toda la información relevante de la muestra, pero posteriormente, hubo necesidad de subdividir las, agrupando las categorías que se encontraban íntimamente relacionadas, y que describían mejor cada apartado.

Posteriormente, proseguí con el análisis de texto de las siguientes categorías, de niñez, familia y escuela; la labor consistió en lo mismo descrito antes, elaborar archivos que contuvieran específicamente la información del rubro señalado. Los archivos elaborados los menciono a continuación:

- a)Niñez
- b)Familia
- c)Apoyo Familiar
- d)Convivencia Familiar
- e)Comunicación Familiar
- f)Bandos o Alianzas en la Familia
- g)Necesidades Económicas
- h)Familia en la actualidad
- i)Problemas familiares
- j)Escuela
- k)Escuela en la niñez
- l)Escuela en la actualidad

Semanalmente, asistí a juntas con los profesionales involucrados en el proyecto de investigación, donde se discutían los avances de la misma, haciéndose las correcciones pertinentes, y se planteaban los nuevos objetivos; ésta experiencia favoreció mi aprendizaje de cómo se va construyendo una investigación de corte cualitativo, y vivir la experiencia formar parte de un equipo de trabajo, en éste caso, un grupo formado por investigadores de gran trayectoria y con una amplia experiencia en éste tipo de estudios

Por otra parte, y desde que inicié mi participación en éste proyecto, llevé a cabo una búsqueda bibliográfica que estuviera relacionada con salud reproductiva y uso de sustancias psicoactivas, en la Biblioteca del Instituto Nacional de Psiquiatría, así como en el Centro de Información de dicha institución, y el en grupo GIRE. Una vez recopilada ésta información, procedí a leer dichos artículos y elaboré un resumen de cada uno de ellos.

Al revisar ésta información, me percaté de la importancia del estudio de los inhalables, ya que es un área en la cual falta mucho por explorarse, particularmente en lo que respecta al aspecto de género; se han hecho numerosos estudios en hombres, pero falta abarcar mucho al respecto del conocimiento del fenómeno de las adicciones en mujeres y sus percepciones al respecto. Al parecer, el proceso de adicción se diferencia en ambos sexos, y es ahí donde el entorno social en el cual se desarrolla éste fenómeno, jugará un papel preponderante.

Con toda ésta información, uno podría elaborar lineamientos para el diseño de programas de prevención para las adolescentes mediante la identificación de factores de riesgo, tales como la disponibilidad, la influencia del grupo de pares y el bajo costo de los inhalables así como de los factores protectores tales como un ambiente familiar integrado que apoye la rehabilitación de las usuarias.

También sería importante hacer la detección temprana de las patologías que expresan dependencia de sustancias psicoactivas, para así poder tratarlas oportunamente, antes de que el daño a nivel neurológico, sea ya muy severo y por tanto el pronóstico reservado.

Mi trabajo en éste proyecto, me permitió, por otra parte, mejorar mi manejo de programas de cómputo, tales como Microsoft Word y Power Point.

## PROGRAMA DE AUTOCAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA

El objetivo de la residencia en este segundo semestre, era rotar a los estudiantes en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, espacio en donde se capacitarían en programas de prevención selectiva desarrollando las actividades terapéuticas para iniciar una intervención, asimismo, estarían en contacto con un supervisor, iniciando con la observación, juego de roles, disminuyendo progresivamente la vigilancia hasta llevar a cabo supervisión indirecta.

Como parte de la residencia en Adicciones dentro de la Maestría en Psicología Profesional a los alumnos se nos capacitó en un *modelo de prevención secundaria dirigida a bebedores problema*, a través de un curso específicamente diseñado para la capacitación de los profesionales de la salud, y que era impartido en el IMSS con el objetivo de formar a los profesionales de dicha institución y el cual, me permitió identificar los fundamentos, así como el contenido y desarrollo del programa

El programa de Autocambio dirigido para bebedores problema es una intervención se ubica dentro de las modalidades de una intervención breve de corte cognitivo-conductual fundamentándose en los beneficios y resultados observados en este tipo de aproximaciones, dentro de este modelo se plantea el abordaje y tratamiento del consumo excesivo de Alcohol el cual esta asociado con diferentes problemáticas haciéndose necesario tratar a este tipo de usuarios, las metas de este tratamiento se adecuan a las decisiones del sujeto.

Los programas de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol se habían enfocado únicamente en el tratamiento de los casos donde existe una dependencia severa hacia el alcohol, promoviendo como meta final la abstinencia en personas que presentan síntomas de retiro Sin embargo, numerosas investigaciones han demostrado que sólo del 25 al 30% de las personas que acuden a los servicios de salud, presentan síntomas de severidad que se incrementan a través del tiempo.

La mayoría de los casos, por el contrario, son aquellos que tienen una historia de consumo que fluctúa entre periodos problemáticos por el alcohol, con consecuencias variadas, y periodos de abstinencia o consumo limitado en el que no se presentan problemas En las últimas dos décadas se ha comprobado que hay una gran cantidad de personas que tienen problemas asociados a su consumo de alcohol pero que permanecen intactos en las demás áreas de su vida, éstos han sido llamados "bebedores problema" y superan ampliamente en número a los severamente dependientes.

Los programas de tratamiento para esta población no han tenido el éxito deseado debido a que utilizan los mismos procedimientos que para los casos más severos; es decir, que la meta de tratamiento tiene una orientación a la abstinencia que los usuarios no están dispuestos a seguir. Debido a que éste es un serio problema de salud pública, surgió la necesidad de desarrollar programas encaminados a minimizar los costos individuales y

sociales producidos por esta. Esto se logró a través de la aplicación de programas breves y efectivos que cubren las necesidades propias de los usuarios y que, a su vez, son atractivos para los mismos.

El modelo para el tratamiento de las conductas adictivas derivado de la Teoría del Aprendizaje Social contrasta de manera drástica con el marco tradicional desde el cual se ha conceptualizado este tipo de tratamiento. A grandes rasgos, mientras que para el modelo médico el alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y fatal, para la teoría del aprendizaje social este comportamiento es un hábito desadaptativo, que en tanto es aprendido también puede ser modificado.

Desde la perspectiva médica, a lo más que puede aspirar un paciente con consumo severo de alcohol es a mantenerlo controlado, es decir, la opción única es la abstinencia total y esto solo es posible dentro de un grupo de autoayuda. Para la perspectiva psicológica citada anteriormente, el consumo excesivo de alcohol (y otras drogas) es un patrón conductual modificable, que puede considerarse, por esta misma razón, la moderación como una de sus metas. El papel atribuido al consumidor de alcohol muestra también una diferencia fundamental en cuanto a la manera de conceptualizarlo. Mientras que para el modelo tradicional el alcohólico es un enfermo que tiene que someterse a las prescripciones médicas, en el modelo del aprendizaje social el usuario participa activamente en la definición de metas, así como en el diseño de estrategias a seguir para cambiar su forma de beber.

De tal forma, la intervención propuesta se encuadra dentro de las llamadas intervenciones breves, este término incluye una gama extensa de actividades que varían en contenido, duración, intensidad, metas, escenarios, especialistas involucrados, etc. La Organización Mundial de la Salud la describe como una estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol (drogas) que los pone en riesgo, y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad, y en algunos casos incluso antes de que adviertan que su estilo de beber puede causarles problemas. Esta intervención está dirigida a individuos que han desarrollado dependencia severa. La intervención breve es una aproximación proactiva que inicia el profesional de la salud más que el paciente y que no involucra juicios del especialista.

Una aproximación promisorio para esta población es la moderación en el consumo, ya que se ha encontrado que bajo condiciones ambientales controladas los bebedores problema pueden limitar su ingesta. En este tipo de programas, las personas tienen la oportunidad de participar de manera directa en su tratamiento a través del establecimiento conjunto (terapeuta-usuario) de metas flexibles y realistas, incrementando así su nivel de motivación y la probabilidad de obtener resultados más efectivos a largo plazo.

Por tanto, esta aproximación es una intervención motivacional para bebedores problema que no dependen severamente del alcohol y que desean tomar mayor responsabilidad para resolver su problema. El tratamiento está presentado como un "programa" que empieza con la evaluación. Durante la sesión de evaluación, una vez que los usuarios han proporcionado datos sobre sí mismos, se les da la primera de dos lecturas breves y una tarea. Esta lectura constituye una introducción básica a una perspectiva

conductual de prevención de recaídas en el problema de consumo excesivo. Esto proporciona un esquema conceptual cuyo objetivo es que los usuarios desarrollen su propia evaluación del problema. Se enfatiza a los usuarios que el programa está dirigido al autocontrol, ayudándoles a generar y utilizar estrategias para tratar su problema, es decir, "ayudar a ayudarse a sí mismos". Las preguntas de las tareas son para que el usuario describa sus situaciones de alto riesgo en el consumo excesivo de alcohol. Los usuarios han de traer consigo la tarea completa a la primera sesión de tratamiento.

A los usuarios también se les pide que seleccionen su propia meta de tratamiento; sin embargo, se les pide proporcionen algunas advertencias o consejos acerca de los límites razonables para su ingesta y las contraindicaciones médicas de la misma. El proceso de selección de su meta empieza con la evaluación (antes de haber recibido cualquier advertencia o consejo) misma que se repite en cada sesión de tratamiento y en la fase de seguimiento. Las razones para ello surgen de la literatura especializada que sugiere que la mayoría de los bebedores problema pueden determinar su propio tipo de conducta (reducir su ingesta o abstenerse) y también comprometerse más con su propia meta que con la que les ha determinado el terapeuta.

El objetivo principal del tratamiento es ayudar al usuario a analizar su propio patrón de consumo y a desarrollar e implementar sus propios planes para modificarlo. Se les pide que identifiquen sus fortalezas (estilos efectivos y preferidos para afrontar problemas) y recursos (¿tienen apoyo social de su familia?, ¿cuentan con la posibilidad de ingresar a un centro de apoyo deportivo si así lo desearan?, ¿qué pueden utilizar para modificar su conducta?) al final de la primera sesión de tratamiento (90 minutos), ellos reciben la segunda lectura y tarea, mismas que son retomadas en la segunda sesión durante la cual se identifican sus situaciones de riesgo y en la tercera sesión se desarrollan planes de acción para este tipo de situaciones; durante la cuarta sesión se hace un nuevo reestablecimiento de metas y se le da la opción al usuario de sesiones adicionales en caso de considerarse pertinente, el primer seguimiento tiene lugar al mes de esta última sesión, y se continúa con ellos a los tres, seis y doce meses posteriores.

Después de haber revisado la fundamentación teórica del programa así como su contenido, el siguiente paso a seguir en nuestra formación en el programa, consistió en la observación de sesiones de tratamiento con usuarios de alcohol y terapeutas formados ya en el modelo, en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, a través de cámaras de Gesell, esto con el objetivo de identificar las habilidades necesarias para poder desempeñarnos como terapeutas, así como de observar el desarrollo de los usuarios en un proceso de tratamiento; después de cada observación, existía una retroalimentación al terapeuta así como la explicación por parte de éste, de las técnicas utilizadas, la secuencia y objetivos de la sesión, así como la discusión del caso con la participación y opinión de cada uno de los observadores. Estas observaciones se llevaron a cabo por espacio de tres meses aproximadamente, y después se prosiguió con la participación de cada uno de los alumnos como co-terapeutas, esto con el objetivo de estar en el espacio terapéutico presenciando la actuación del terapeuta formado, las reacciones del usuario, así como dando lugar a la participación cuando la situación así lo ameritase. El último paso en la formación del modelo, fue empezar con nuestro desempeño como terapeutas, por lo que se le asignó a cada alumno un caso para trabajo individual, bajo la supervisión mediante cámara de

Gesell de un profesional formado en el programa, para después poder ser retroalimentado oportunamente. Esta experiencia fue clave, ya que me permitió formarme adecuadamente en el modelo y hacerme capaz de llevar a cabo una intervención con usuarios de alcohol. Personalmente la experiencia fue muy gratificante, ya que tuve la oportunidad de terminar un caso completo, pasando por todas las sesiones de tratamiento; mi usuario era un bebedor problema del sexo femenino, quien tenía una historia de consumo excesivo de 5 años y que en ese momento se encontraba atravesando un periodo de duelo por la separación de su pareja, era la primera ocasión que ella buscaba ayuda y se enteró de la existencia del programa a través de la Gaceta de la UNAM. Desde un inicio la usuaria manifestó una actitud muy positiva y cooperativa para con el programa así como su compromiso para participar y cumplir con todos los objetivos establecidos durante el proceso terapéutico, la meta elegida fue la moderación, y durante las dos primeras semanas pudo mantenerla, pero presentó una recaída la tercera semana, hecho que coincidió con el reencuentro de su esposo. Las situaciones de riesgo identificadas por tanto, fueron los encuentros con su esposo, las situaciones en las experimentaba soledad y abandono que era por las noches y los fines de semana, así como las tardes en las cuales no trabajaba, para lo cual fue necesario desarrollar planes de acción tales como practicar ejercicio, saliendo a caminar por las tardes, convivir con sus hijos saliendo a pasear los fines de semana y evitar los encuentros innecesarios con su esposo además de comenzar a tramitar el divorcio. Finalmente, para la cuarta sesión la usuaria manifestó la necesidad de sesiones adicionales para fortalecer sus metas y planes de acción, por lo que tuvieron lugar dos sesiones adicionales en las cuales se trabajaron a profundidad sus planes de acción así como se reforzaron los logros y las metas trazadas. La usuaria disminuyó su consumo notablemente de 4 días de consumo semanales a solo dos ocasiones por semana y no más de cuatro copas por ocasión. En el primer seguimiento la usuaria reportó haber mantenido su meta así como haber desarrollado más planes de acción para sostenerse.

## COMPETENCIAS PROFESIONALES DESARROLLADAS EN EL AREA DE SUPERVISIÓN

A partir del segundo semestre de la maestría, cada alumno fue insertado en una de las áreas del proyecto de Autocambio dirigido para bebedores problema y a mí me correspondió participar en le área de supervisión, cuyo contenido, objetivos y planeación describo a continuación:

La supervisión es un componente central en el entrenamiento de los terapeutas, bajo cualquier enfoque terapéutico. En la formación de un modelo de entrenamiento se debe observar la capacidad del terapeuta para estructurar los conocimientos adquiridos para llevarlos a la práctica, así como la capacidad del terapeuta para relacionarse con los usuarios. Es decir aun cuando el profesional haya sido entrenado en un marco teórico determinado, lo que resulta primordial es cubrir estos elementos para probabilizar un mejor desempeño (Krinsker y Gurman, 1997)

Se han empleado diversos \*modelos de supervisión para el desarrollo profesional de los terapeutas, es decir, para enfatizar habilidades y capacidades enfocadas a la aplicación de un tratamiento. Sin embargo, en la investigación no se había desarrollado un modelo específico que situara el entrenamiento de habilidades para la promoción de la aplicación de un programa de tratamiento para bebedores problema. Con base en lo anterior, surgió la necesidad de proponer un modelo de supervisión para el programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema, que permitiera el moldeamiento y la retroalimentación de las conductas de la práctica del terapeuta, para garantizar la efectividad del tratamiento.

El modelo de supervisión propuesto en el programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema, llevado a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, así como en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS, se iniciaba desde el entrenamiento teórico-práctico, en donde el terapeuta pudiese poner en práctica los conocimientos adquiridos, a través de la observación directa de un supervisor.

El terapeuta, quien atendía a los usuarios del servicio, recibiría la retroalimentación por parte del supervisor quien de esta forma iría moldeando los distintos procedimientos que constituyen el modelo de entrenamiento, para que posteriormente el terapeuta fuese capaz de realizar esta actividad.

Este sistema de supervisión establecido para el programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema, abarcaba fundamentalmente la evaluación de la integridad del tratamiento y la supervisión de la aplicación del tratamiento.

Esta línea de trabajo tenía como objetivo principal promover el empleo adecuado de un modelo de tratamiento, a través de capacitar a los terapeutas en la evaluación de la supervisión e integridad del tratamiento que asegurara la calidad y eficacia de la aplicación del programa.

El modelo de supervisión propuesto en éste programa para bebedores problema, se fundamenta en algunos de los principios teóricos del modelo de competencia clásico de supervisión. El diseño de esta propuesta, estaba orientado a promover la aplicación adecuada de la intervención a través de la retroalimentación y moldeamiento, y con ello asegurar su efectividad. De manera que el terapeuta adopte una alternativa de intervención para el manejo de personas que tienen problemas en su forma de beber

Este modelo de supervisión era una continuación de la capacitación, en la que el profesional, adquiriera conocimientos teórico-prácticos de la aplicación del programa; específicamente en la supervisión, se pretendía, que el terapeuta adquiriera las habilidades necesarias de la técnica, para garantizar la integridad de la intervención y con ello la efectividad del programa.

#### Modelo de Evaluación para la Supervisión

El *modelo de evaluación para la supervisión*, se iniciaba a partir de la capacitación de los terapeutas dentro del programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema, en donde la modalidad didáctica fue teórico-práctica. Se incluyó el modelo de supervisión integral de profesionistas con experiencia previa con el fin de adaptar el modelo a nuestro país, y así garantizar una aplicación fidedigna del mismo y el uso eficiente del programa (Ayala, H. ; Ampudia, A. ; Lira, J. ; Arteaga, C., 2000).

El proceso mismo de la capacitación fue sujeto a un proceso de evaluación, así como aquellas personas que recibieron el entrenamiento, para asegurar su pertinencia, utilidad, proceso de enseñanza, habilidades de los instructores, claridad de los materiales, de la instrucción y de la aplicación del programa con el usuario. Con el objeto de evaluar la aplicación del programa por los profesionales o terapeutas, se integraron dentro del *modelo de evaluación para la supervisión*, dos áreas: la evaluación de la integridad de la intervención y la supervisión de la aplicación de la intervención (Ayala H, et al , 2000).

En la evaluación de la integridad de una intervención, se ha considerado que para medir la efectividad de un programa de tratamiento, se debe observar la aplicación adecuada a partir de la integridad de su aplicación, con base al protocolo clínico, tal como se planea en el proceso de tratamiento. Para evaluar la integridad se considera la adherencia y las habilidades del terapeuta. Evaluar la adherencia ayudará a prevenir cambios innecesarios en la intervención; evaluar las habilidades del terapeuta permitirá distinguir entre el mal cumplimiento o la falta de respuesta intrínseca a la intervención. Para evaluar la integridad de la intervención se desarrollaron inicialmente cinco cuestionarios en los que se evalúan: los principios de la intervención de auto-cambio dirigido; la adherencia al programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema (Forma A para terapeutas) y (Forma B para los usuarios); la evaluación del usuario; la evaluación de la intervención realizada por el usuario y por último las listas checables con la hoja de concentrado de retroalimentación general (Ayala H , et al, 2000).

Para la supervisión de la aplicación de la intervención, se elaboraron cinco instrumentos, con los cuales se evalúan las habilidades desarrolladas por el terapeuta, que se relacionan con: la retroalimentación inicial; la evaluación de las competencias y habilidades del terapeuta en la aplicación del programa de auto-cambio dirigido; la retroalimentación en la supervisión; la evaluación de la práctica profesional del terapeuta y por último se realiza un reporte de visita institucional. Estos instrumentos permiten analizar tanto las habilidades y destrezas que el terapeuta posee cuando aplica el programa y la relación que establece con los usuarios. A continuación se describen las dos áreas mencionadas anteriormente:

#### **a) Evaluación de la integridad de la intervención**

Para evaluar la integridad de la intervención se han considerado diferentes definiciones e instrumentos (Yeaton & Sechrest, 1981; Vermilyea, Barlow & O'Brien, 1984). Generalmente la integridad es definida como el grado en el cual un tratamiento es aplicado como se planteó. En cuanto a los instrumentos existe una variedad de medidas y criterios de aplicación que difieren entre sí, por ejemplo algunos evalúan la ocurrencia o no ocurrencia de conductas específicas, la tasa de ocurrencia de la conducta, errores cometidos por el terapeuta o se codifica la conducta del terapeuta y del usuario.

Identificados estos problemas metodológicos Waltz y cols (1993) mencionan una serie de recomendaciones para solucionarlos donde se incluye partir de una definición de integridad que se relacione directamente con lo establecido en el protocolo clínico, diseñar la estructura de la evaluación directamente relacionada con el objetivo de la investigación, identificar las conductas que son fundamentales y las que no en la aplicación de la intervención, y por último mencionan que para evaluar la integridad de la intervención no basta con observar la adherencia ya que también es importante considerar las habilidades del terapeuta.

Dane & Schneider (1998) definen claramente la integridad de la intervención señalando que es el grado en el cual los procedimientos especificados son implementados como se planeó y consideran como categorías para evaluarla, las siguientes:

- Adherencia: es el grado en el cual los componentes especificados fueron proporcionados como se planeó en los manuales de la intervención.
- Ejecución: Índice que puede estar constituido por cualquiera de lo siguiente: a) número de sesiones que fueron aplicadas; b) la duración de cada sesión ó c) la frecuencia de aplicación de las técnicas del programa
- Calidad de la aplicación: medidas que no están relacionadas directamente con lo establecido en el protocolo clínico, tales como interés del terapeuta, habilidades del terapeuta, efectividad en la aplicación de cada una de las sesiones.
- Compromiso del usuario: una medida de la respuesta de los usuarios hacia las sesiones del programa la cual puede incluir indicadores tales como: el nivel de participación e interés.
- Aplicación del programa: se emplea una lista donde se incluyen los aspectos esenciales del programa que deben corresponder a la ejecución del terapeuta en la aplicación del programa.

La importancia de evaluar la integridad del tratamiento radica en que:

- Garantiza la efectividad del tratamiento: dado que el tratamiento debe estar científicamente comprobado es necesario que se aplique como se estableció en el protocolo clínico.
- Conocimiento del impacto de la capacitación y supervisión: permite detectar las carencias o deficiencias del proceso de capacitación y supervisión las cuales pueden mejorarse con los resultados de dicha evaluación. Algunos autores refieren que cuando la integridad de un tratamiento es baja, su efectividad es baja; y cuando se mantiene la integridad o esta es alta, el tratamiento es efectivo (Vermilyea, Barlow & O'Brien, 1984)
- Asegura la permanencia del usuario durante el tratamiento
- Mejora la comunicación entre supervisores y usuarios del programa A través de apoyos para su aplicación como: manuales, entrenamiento y retroalimentación, lo cual puede aumentar la calidad y consistencia de la aplicación.

El diseño de los cinco cuestionarios para la evaluación de la integridad de la intervención, tenía como objetivo evaluar la aplicación adecuada del tratamiento

## b) Supervisión de la aplicación del tratamiento

La supervisión se ha enfocado desde diversos ámbitos, la literatura en torno al tema se ha orientado a la revisión de las características del “supervisor ideal”, el desarrollo de modelos de supervisión y estudios empíricos de las prácticas de supervisión. Así como a la revisión de los aspectos éticos y legales (Harrar, VandeCreek & Knapp, 1990).

Schindler & Talen (1994) mencionan que la supervisión es central en el área de competencia clínica dentro de las escuelas de Psicología. Sin embargo introducir el tema de la supervisión en el curriculum es sólo una primera etapa para desarrollar esta competencia en los estudiantes, faltando el enlace entre el contenido del curso y la práctica

Otro punto relacionado con la supervisión son los aspectos éticos y legales, como lo señalan Harrar, VandeCreek & Knapp (1990) quienes mencionan que los terapeutas deben tener conocimiento congruente con su orientación teórica y sus habilidades. Por ello describen una serie de aspectos éticos y legales, aplicables a todas las teorías o modelos de supervisión Retoman los Principios Éticos de los Psicólogos según la Asociación Psicológica Americana (APA).

- El psicólogo debe recibir entrenamiento para poder supervisar o demostrar que es competente antes de supervisar a otros.
- Obligaciones y responsabilidad: el profesional que acepta entrenar a otros debe facilitar el desarrollo profesional de estos individuos, proporcionando condiciones de trabajo adecuadas, tiempo para evaluaciones, consulta constructiva y oportunidades para adquirir experiencia; estar disponible para consultas de emergencia e intervenciones directas con los clientes.
- No supervisar más aprendices de los que puede manejar responsablemente
- Especificar por escrito las metas del entrenamiento y la supervisión; completar por escrito las evaluaciones de los aprendices de manera regular; proporcionar retroalimentación respecto a la ejecución de los aprendices.
- Al igual que los terapeutas llevan registros de sus casos, los supervisores pueden documentar su trabajo como tales, a través del registro de: datos y número de la sesión de supervisión, identificación de los casos discutidos, problemas y progreso de los clientes, sugerencias para tratamiento futuro, y planes "correctivos" para los aprendices
- Evitar relaciones duales entre supervisor y aprendiz (relaciones íntimas sexuales o románticas).

- Informar al cliente que recibe servicios de un terapeuta en formación, también es responsabilidad del supervisor.

La importancia de la supervisión continua y consistente, puede ser crítica para incrementar la integridad del tratamiento. Los apoyos para la implementación, proporcionados a través de manuales, entrenamiento y retroalimentación, pueden aumentar la comunicación y la comprensión entre los coordinadores y usuarios del programa, así como la calidad y consistencia de la implementación del programa. La supervisión permite observar específicamente la aplicación de cada terapeuta y de esta forma trabajar en los aspectos que así lo requieran.

Como parte de mi trabajo en el área de supervisión, elaboré un plan de actividades que comprendiera mis actividades a desarrollar durante el presente semestre así como un plan de actividades de visitas de supervisión que comprendía las clínicas a visitarse, los médicos capacitados, así como los días de visitas posibles para la supervisión. Debido a que no se contaba con la ubicación de algunas de las clínicas, llevé a cabo una investigación de las direcciones y teléfonos de cada una de ellas, así como de la ubicación geográfica de las mismas, con el fin de hacer un directorio de las mismas y contar con ésta información actualizada y completa; asimismo, se me asignó la tarea de organizar un calendario de las actividades que se llevaban a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos, referentes a los usuarios en el programa de alcohol, sus terapeutas y horarios de sesiones, así como de las futuras sesiones. Dicho calendario lo elaboraré en base a la información que me proporcionó la Lic. Leticia Echeverría, Coordinadora del Centro en ese momento, información que se mantuvo al día todos los meses del año en curso hasta la finalización de la maestría.

Semanalmente se efectuó vistas de supervisión a las 7 clínicas del Distrito Federal, con un total de 14 médicos capacitados en el modelo, las cuales me fueron asignadas desde un principio; los objetivos de cada visita variaban de acuerdo a las necesidades de cada terapeuta; cabe resaltar que después de haber realizado un recorrido por cada una de ellas e indagar su posición al respecto, realicé un resumen que comprendía toda la información al respecto de la situación actual de cada clínica y sus médicos capacitados en el programa de bebedores problema; dichas visitas siempre fueron supervisadas por la Lic. Jennifer Lira, quien fue mi supervisora a cargo durante todo mi proceso de formación, y de la cual pude aprender el proceso de supervisión que se debía efectuar con los terapeutas capacitados en las clínicas del IMSS.

Por otra parte, y como parte de mis labores en ésta área, actualicé la cédula de los médicos capacitados en el programa de bebedores problema así como el reporte de usuarios en todo el desarrollo del programa, además de capturar los datos del formato de visita institucional, que debían ser llenados en cada ocasión que se efectuaba una visita. del formato de visita institucional, para después corregir la carpeta de cada estado, en base a los formatos de visita institucional.

Asimismo, y como parte de la formación en ésta área del proyecto, participé en la labor de la elaboración de reactivos para el desarrollo de un cuestionario de necesidades a aplicarse en las clínicas del IMSS, con el objeto de detectar las necesidades de los profesionales de la salud al cargo de aplicar el modelo. La tarea consistió en elaborar 30 reactivos que detectaran necesidades en las áreas personal, institucional y del programa, llevando a cabo la tarea de entregar y recoger el cuestionario de necesidades en cada clínica del Distrito Federal, elaborado por el grupo de supervisión, con el objetivo de detectar las necesidades y/o dificultades a las cuales se enfrentan los médicos capacitados en el IMSS, al aplicar el protocolo clínico

El cuestionario de necesidades se creó a partir de la importancia de identificar en las clínicas del IMSS, las razones por las cuales los médicos capacitados, no tenían el número de usuarios esperados, cuales eran las dificultades a las cuales se enfrentaban los terapeutas al tratar de implementar el programa en sus clínicas y al tratar de detectar y captar usuarios. Posteriormente, una vez que recolecté los cuestionarios de supervisión, comencé la captura de los datos obtenidos del cuestionario de necesidades para que en equipo con mi compañero Miguel Angel Medina, lleváramos a cabo el análisis de resultados del cuestionario de necesidades de supervisión, depurando después la base de datos, la Dra Ampudia, la Dra Izquierdo y yo, para proseguir con el análisis de resultados

Por otra, llevé a cabo una búsqueda bibliográfica acerca de diferentes modelos de supervisión en el centro de información de la biblioteca de la Facultad para poder elegir los modelos de supervisión más adecuados para dicha área y llevar a cabo finalmente una presentación sobre el resultado de la búsqueda a todo el equipo de supervisión, concluyendo así las actividades establecidas para éste segundo semestre de la residencia en Psicología de las Adicciones.

Durante el tercer semestre de la maestría, continué trabajando en el área de supervisión; las actividades durante ésta etapa variaron un poco, considerando la primera actividad comprendida en ésta etapa, la asistencia a la junta que se llevó a cabo con motivo de la presentación de la nueva generación de estudiantes de maestría para introducirlos al programa de Autocambio dirigido para bebedores problema; por lo que a lo largo de toda la semana asistí a las diferentes presentaciones de las áreas de diseminación, capacitación, supervisión que llevamos a cabo los integrantes de ésta área y seguimiento, asimismo, los compañeros de doctorado, presentaron sus proyectos.

Las siguientes cinco semanas del semestre en curso estuvieron dedicadas a la labor de diseminar el programa de bebedores problema en la Universidad, con el fin de captar usuarios en el Centro de Servicios Psicológicos para continuar con la formación en el modelo como terapeutas, como propuestas de difusión a implementarse en las clínicas del IMSS, así que comenzamos a trabajar en el desarrollo de un producto de diseminación, el cual fue presentado, una vez terminado, en una junta convocada en la cual se discutieron y revisaron los instrumentos de diseminación, para de esta manera, poder hacer las modificaciones pertinentes al producto. Más tarde, me reuní con mi compañera Laura

Lima, para llevar a cabo las modificaciones necesarias señaladas al instrumento de disseminación que habíamos elaborado. Por otra parte, asistí a la Facultad de Ciencias Políticas, que fue la facultad que me fue asignada para pegar los posters referentes al programa de alcohol, y de ésta manera iniciar la disseminación en CU

A lo largo del último semestre, continué trabajando en el área de supervisión y establecí el contacto con los médicos capacitados de la última generación para establecer citas y programar las siguientes visitas y de ésta forma, comencé con las visitas institucionales a las clínicas que me fueron asignadas desde un principio: 26, 25 y 34, siempre en compañía de la Lic. Gabriela Ruiz, esto con el objetivo de que ella se formara como supervisora en el programa de Autocambio dirigido para bebedores problema.

Finalmente, como resultado de todo el trabajo realizado durante el segundo semestre de la Maestría en ésta área, considero haber desarrollado habilidades importantes, tales como las actividades propias de supervisión, así como el hecho de haberme involucrado y ampliado mi conocimiento en el programa de bebedores problema, gracias a la observación directa de la retroalimentación efectuada por la Lic. Lira a los médicos capacitados de las clínicas del IMSS, así como en el contenido temático de las sesiones del tratamiento, conocimiento que por otra parte también considero, se vió favorecido, por la adecuada integración del equipo de trabajo del área de supervisión, con la participación entusiasta de mis compañeros, los cuales pienso, llevaron a cabo un esfuerzo muy importante para sacar adelante todo el trabajo que tenia que realizarse

## TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE COCAÍNA

Además de estar insertados en una de las áreas del programa de bebedores problema, a partir del segundo semestre de la maestría, cada alumno tuvo participación en un programa alterno de investigación doctoral; a mí me correspondió participar en el programa de prevención selectiva para usuarios de cocaína, bajo la supervisión del Mtro. Roberto Oropeza, quien se encontraba desarrollando ésta investigación, a continuación describo las características del uso de cocaína:

### Efectos en aparatos y sistemas

El efecto más frecuente de la cocaína en el sistema nervioso central es a nivel de las alteraciones conductuales que la cocaína desencadena. Los principales síntomas conductuales se derivan del efecto estimulante de la cocaína en el sistema nervioso central; no obstante sólo el 30% de los sujetos intoxicados con cocaína presentan un estado mental alterado como causa principal de consulta. La cocaína bloquea la conducción del impulso nervioso y ejerce un efecto de estimulación en el SNC.

En pequeñas cantidades, la sustancia aumenta la actividad motora sin afectar la coordinación, pero a dosis altas, se produce incoordinación motora; se genera estimulación excesiva de la médula espinal y se facilitan las convulsiones tónico clónicas, quizá por un efecto excitador en las neuronas inhibitorias a todos los niveles del encéfalo. El efecto anestésico local, parece resultado del bloqueo neuronal rápido de los canales de sodio. En el sistema cardiovascular, se incrementa la descarga catecolaminérgica en el sistema simpático, lo cual da por resultado hipertensión, taquicardia y vasoconstricción localizada. A nivel pulmonar es frecuente el broncoespasmo con disnea y respiración silbante; este cuadro se resuelve con frecuencia, antes de que los pacientes acudan en caso de hacerlo, a los servicios de emergencia (CII, 1998).

### Tolerancia y dependencia

Aun no está claro si existe tolerancia a la cocaína, pero algunos farmacodependientes llegan a consumir hasta 10 gramos al día; al parecer cruzada entre las anfetaminas y la cocaína. Es claro que la dependencia física y psicológica se establecen rápidamente, sobretudo en el caso de la cocaína intravenosa y del crack, en donde la conducta de búsqueda de la droga puede llegar a ser muy intensa, aún al poco tiempo de haber iniciado el consumo. La intensidad de la dependencia a ésta droga limita el campo conductual de los usuarios de tal forma que se invierten grandes esfuerzos, tiempo y dinero para conseguir la droga. La cocaína parece ser una de las drogas que con más rapidez tiende a crear autoadministración y dependencia (CII, 1998).

## Intoxicación

Los usuarios de cocaína en éste país, recurren con mayor frecuencia al uso de la cocaína por vía nasal, otras vías de administración no se observan con frecuencia, el consumo del crack es muy limitado, al igual que el de la pasta básica de cocaína. La rapidez de la presentación de los síntomas de intoxicación depende básicamente del tipo de droga usada y de la vía de administración empleada, existiendo algunas diferencias en la rapidez de la acción del crack, el cual parece inducir una intoxicación mas rápida e intensa que los otros preparados.

## Diagnostico

El diagnostico de la intoxicación por cocaína se hace por medio de criterios clínicos y de laboratorio e incluye una amplia gama de manifestaciones en el SNC y en los aparatos cardiovascular y respiratorio. La presencia de alteraciones en el comportamiento, así como los signos y síntomas físicos de hiperactividad simpática, deben hacer pensar en la intoxicación por cocaína o por algún otro estimulante del SNC. La intoxicación por sustancias anticolinérgicas puede manifestarse por síntomas parecidos, aunque el antecedente de ingesta de la sustancia, aunado a su presencia en los fluidos biológicos hace el diagnostico.

De acuerdo al DSM IV, el diagnostico de intoxicación por cocaína se hace con base en los siguientes criterios:

- a) uso reciente de cocaína
- b) cambios conductuales desadaptativos, por ejemplo euforia, peleas, grandiosidad, estado de alerta, agitación psicomotriz, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social.
- c) en la primera hora después del uso de cocaína se presentan, como mínimo, dos de los siguiente síntomas:
  - 1-taquicardia
  - 2-dilatación pupilar
  - 3-elevación de la tensión arterial
  - 4)sudoración o escalofríos
  - 5)nauseas o vómitos
  - 6)alucinaciones visuales o táctiles

D- Todo aquello, no es debido a ningún otro trastorno físico o mental

El grado de intoxicación se evalúa de acuerdo a los síntomas que se encuentran presentes, una intoxicación moderada se manifiesta por incremento del estado de alerta, excitación, euforia, mareo, temblor, enrojecimiento de la piel, incremento de la temperatura corporal, alucinaciones, ideación paranoide, coma y parálisis respiratoria. La intoxicación con dosis altas de cocaína administrada por la vía intravenosa, puede provocar ideas autorreferenciales, incremento del interés sexual, zumbido de oídos y sensación de ser llamado por el nombre. En ocasiones la intoxicación severa puede cursar con conductas y movimientos estereotipados.

## Síndrome de Abstinencia

El síndrome de abstinencia a cocaína, parece ser producto del agotamiento de las reservas catecolaminérgicas en las porciones mesolímbicas y mesocorticales. El síndrome tiene dos componentes: la intensa apetencia por la droga y la anhedonia, que pueden simular un trastorno afectivo mayor. Al igual que en otros cuadros de abstinencia, éste síndrome se encuentra asociado a situaciones medioambientales que pueden desencadenar por sí mismas, la apetencia por la sustancia y precipitar una recaída en la persona que intenta suspender el consumo

El síndrome de abstinencia a cocaína, si bien no pone en peligro la vida, puede desencadenar el reinicio del consumo o disparar enfermedades psiquiátricas, tales como los trastornos afectivos.

## Diagnostico

Los primeros síntomas del síndrome de abstinencia se inician algunos días después de un periodo de consumo intenso de cocaína, en el caso del crack, los síntomas pueden aparecer en un tiempo mucho más breve. El punto más intenso de la abstinencia ocurre entre el cuarto y el noveno día y luego decrece; después de éste periodo, ocurre una reaparición de los síntomas y posteriormente una fase de extinción. La interrupción del uso de la cocaína produce básicamente un cuadro de depresión severa, caracterizado por alteraciones del humor, sueño, apetito, funciones cognitivas y motoras.

De acuerdo al DSM IV, el diagnóstico de abstinencia a cocaína requiere de los siguientes criterios:

A: Interrupción o reducción del uso abundante y prolongado de cocaína seguida de un estado de ánimo disfórico y uno de los siguientes síntomas, como mínimo que persiste durante más de 24 horas después de interrumpir el uso de la sustancia:

- 1) fatiga
- 2) insomnio o hipersomnia
- 3) agitación psicomotriz

B: Todo ello no debido a ningún otro trastorno físico o mental, como el trastorno delirante por cocaína

## Trastornos físicos coexistentes

Las complicaciones físicas consecutivas al abuso de cocaína, pueden ser las directamente causadas por las características farmacológicas de la droga y sus efectos en los órganos corporales, o las producidas como consecuencias de las complicaciones relativas a las vías de administración. En el primer caso se encuentran las sobredosis, los problemas cardiovasculares, respiratorios y neurológicos; en la segunda categoría, las infecciones virales y bacterianas causadas por la inyección de la sustancia, representan la patología física asociada

Las sobredosis por cocaína son en general, rápidamente mortales, las víctimas mueren en el lapso de minutos a consecuencia de la depresión respiratoria y las convulsiones; aquellos pacientes que sobreviven más de tres horas a éstos episodios, por lo general se recuperan completamente.

Las complicaciones cardiovasculares incluyen las crisis hipertensivas, el infarto del miocardio, la flebitis, la embolia pulmonar y la taquicardia.

Los problemas respiratorios comúnmente encontrados en las personas farmacodependientes incluyen broncoespasmo, embolia pulmonar y necrosis del cartilago nasal, que puede dar lugar a la perforación

Cuando la cocaína se usa en forma inyectable, la patología infecciosa es básicamente la misma que la observada que en el caso que la farmacodependencia a opiáceos, que incluye endocarditis bacteriana, meningitis, hepatitis y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (CIJ, 1998).

### Trastornos psiquiátricos coexistentes

Las complicaciones psiquiátricas son variadas, comprendiendo los trastornos afectivos que pueden agregarse al síndrome de abstinencia, así como el delirium y el estado delirante por cocaína que también puede complicar el cuadro; en el primer caso la sintomatología aparece 24 horas después de la ingesta de la droga y una vez que el efecto farmacológico desaparece, también el delirium cesa. El cuadro consiste en un cuadro clínico de delirium acompañado de alucinaciones táctiles y olfativas, labilidad afectiva o conducta violenta o agresiva. El síndrome delirante por cocaína es un trastorno orgánico, con un rápido desarrollo de ideación paranoide que aparece poco después del uso de cocaína y que puede persistir semanas o meses. El tratamiento del síndrome delirante por cocaína requiere la administración de neurolépticos de acuerdo a los lineamientos comentados en la sección sobre manejo psicofarmacológico

### Actividades realizadas

Como primera actividad, el Mtro Oropeza nos facilitó su proyecto de investigación, esto con el objetivo de lograr un primer acercamiento con el programa que él estaba desarrollando, éste tuvo como objetivo asimismo, seleccionar una de las áreas conceptuales del proyecto, que se desarrollaría a lo largo del semestre, que incluyó una búsqueda bibliografía y presentación de artículos en clase lo cual permitió que todos los participantes conociéramos tópicos relacionados con el tema de las adicciones, tales como la clasificación de las drogas, diversas alternativas de tratamiento, factores relacionados con el uso de drogas etc

Por otra parte, también se desarrollaron materiales para la difusión del programa, así como el contenido de pláticas para ser reproducidas en salas de espera. Asimismo, se llevó a cabo la revisión de cada una de las sesiones que constituían el tratamiento de cocaína,

favoreciendo los comentarios y criticas, para la modificación de las mismas y su mejoramiento, que por otra parte, nos permitió introducirnos al contenido temático de cada una de las sesiones. La revision de las sesiones de tratamiento favorecio la formacion en este tipo de programa de intervencion para posteriormente poder pasar a la etapa de entrenamiento y supervision de la intervencion.

Por otra parte, se llevó a cabo la revisión de varios capítulos del libro “Las sustancias de los sueños”, con el objetivo de conocer mas afondo la los efectos biológicos de las drogas en el cerebro, al ser la cocaína una sustancia psicoactiva potente, era necesario conocer con precision su accion farmacologica en el cerebro asi como en los diversos aparatos y sistemas para poder comprender los sindromes de tolerancia y abstinencia de los usuarios

Durante el segundo semestre de la maestria, se contactaron a dos usuarios, y se comenzaron las observaciones del Mtro. Oropeza en cámara de Gesell, como primer pao en la formacion como terapeuta en este tratamiento. Estas observaciones fueron de suma importancia ya que una vez finalizadas, se discutian los casos observados en equipo, dando lugar a una retroalimentacion muy enriquecedora, ademas de poder aclarar dudas sobre puntos especificos de tratamientos, estrategias dentro de la intervencion y tecnicas de entrevista. Posteriormente, durante el tercer semestre de la Maestria, empezo nuestra participacion como coterapeutas, vivencia que permitio estar en la situacion de entrevista, con intervenciones breves pero pudiendo observar de cerca el proceso terapeutico, para finalmente, en el cuarto semestre, iniciar un caso como terapeuta, siempre bajo la supervision del Mtro Oropeza quien oportunamente ofrecio retroalimentacion al respecto. De esta forma, se cumplio el proceso de formacion en el tratamiento de cocaína para usuarios con dependencia media.

Personalmente, me gusto mucho la oportunidad de participar en el programa de cocaína a lo largo de tres semestres, ya que considero, fue uno de los seminarios, con el contenido temático más rico e interesante, y que todas las actividades desempeñadas en éste, cubrían un objetivo claro e importante, que abarcaban aspectos teóricos pero al mismo tiempo, tenían una aplicación practica; además considero de suma importancia, la posibilidad de aprender otro tipo de tratamiento para una sustancia psicoactiva tal como es la cocaína

## PROGRAMA DE ATENCIÓN A ADOLESCENTES

El seminario de atención a adolescentes fue impartido por la Lic. Kalina Martínez, alumna de doctorado y estuvo constituido por un total de 6 sesiones en las cuales se abordaron básicamente los temas relacionados a la prevención de conductas adictivas en adolescentes el desarrollo del protocolo de las sesiones de tratamiento, así como la revisión de artículos relacionados con el tema

Asimismo se revisaron algunos aspectos del abuso de sustancias en adolescentes son distintos de los patrones y problemas reportados por los adultos que abusan de sustancias. El abuso de sustancias en la adolescencia acarrea problemas de tipo legal, familiar abuso sexual, delincuencia, etc., lo que contribuye a la complejidad en el tratamiento de este tipo de conductas Una actitud de respeto, sin juzgar empuja al cliente a tomar su responsabilidad acerca de su cambio conductual y promete una intervención efectiva para adolescentes

La entrevista motivacional es uno de los principales componentes de la intervención con adolescentes, la cual se define como una intervención terapéutica breve que intenta incrementar la probabilidad de que una persona , ingrese, continúe y se adhiera a una estrategia específica de cambio, además de reducir conductas dañinas. La entrevista motivacional parte de la Psicología motivacional, la terapia centrada en el cliente y los procesos de cambio en la recuperación natural de las adicciones. Los deseos de cambiar se generan de los motivos intrínsecos del cliente así como de sus metas, y es el cliente quien proporciona las razones para cambiar

Las adaptaciones de la entrevista motivacional han variado de un rango de tiempo muy corto (5 a 10 minutos) hasta una intervención estandarizada de cuatro sesiones incluyendo la admisión, una retroalimentación personalizada, y entrevistas continuadas, tratamiento que ha sido desarrollado con la colaboración del proyecto MATCH

Los componentes de la entrevista motivacional incluyen una gama de opciones de cambio relacionadas con técnicas y metas de la terapia, retroalimentación práctica para el cliente riesgos personales y consecuencias negativas del uso de sustancias, empatía y respeto hacia las diferencias individuales, favorecimiento de la autoeficacia del cliente para el cambio, así como la responsabilidad de éste hacia el cambio. El número, la duración, la distribución y los contenidos específicos de las sesiones de la entrevista motivacional son flexibles. Consecuentemente la relación terapéutica está caracterizada por un elemento que enfatiza la libertad del cliente para el cambio (Miller, 1985).

La entrevista motivacional combina varias estrategias terapéuticas para incrementar la tendencia hacia el cambio conductual. Las expresiones del cliente son utilizadas para formular una discrepancia entre la conducta actual del cliente y las metas importantes o las autopercepciones. Las expresiones automotivadoras, como aquellas relacionadas con las consecuencias, intenciones y optimismo hacia el cambio, son reforzadas por la empatía y respeto del terapeuta, la presentación de datos como retroalimentación relevante y las preguntas abiertas que solicitan la reacción del cliente hacia los materiales presentados y los problemas actuales de la vida (Miller, 1995).

Por otra parte, se le concede una gran prioridad a la reflexiones de las expresiones automotivadoras del cliente relacionadas con las razones para el cambio. El terapeuta trabaja para crear un espacio para el cliente y promover una consideración balanceada de los beneficios y costos de continuar con la conducta identificada como problemática (Miller, 1995)

La resistencia es percibida como una respuesta normal hacia una amenaza percibida (hacia la autoestima, el estándar social, etc ) en un contexto interpersonal. La resistencia del cliente se eleva predeciblemente en respuesta a conductas terapéuticas particulares, tales como el diagnóstico estereotipado, la coerción, confrontación directa y argumentación. Para decrementar la resistencia es necesario cambiar estas estrategias, enfatizando su autodeterminación y sus poderes de elección y cambio.

Las metas del tratamiento son negociadas con el cliente y flexibles, raramente son prescritas, aun cuando la abstinencia es aconsejada para clientes en peligro de dañarse así mismos (por ejemplo, en casos de agresividad exacerbada por el uso de sustancias).

Existe evidencia acumulada que sostienen la eficacia de las intervenciones motivacionales breves para reducir el consumo de alcohol dañino en adultos en el cuidado primario de la salud y en escenarios especializados en tratamientos de alcohol. El tratamiento para consumo de alcohol con este enfoque, ha demostrado disminuir los problemas del consumo de alcohol en varias muestras de adultos. En promedio, el consumo de alcohol fue reducido en un 50%, y estas reducciones fueron mantenidas por espacio hasta de 18 meses (Miller, 1995).

El seminario fue de corta duración, pero permitió introducirnos al estudio de este tipo de conductas desadaptativas en los adolescentes y mostró estrategias del desarrollo de habilidades para evitar que un patrón de consumo de sustancias se establezca así como la identificación de factores de protección, los cuales son de suma importancia en este tipo de poblaciones

## **DESCRIPCION DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

Durante mi permanencia en ésta Maestría, tuve la oportunidad de participar en diversas actividades de formación complementaria tales como la asistencia a diferentes congresos, conferencias magistrales, así como participar en ellas, experiencia que se tradujo en un aprendizaje importante, involucrando tópicos específicamente relacionados con el área de estudio, así como permitiendo la actualización en el área, además de haber desarrollado habilidades tales como la presentación de ponencias en Congresos, presentación de posters y participación en la elaboración de presentaciones. A continuación menciono las actividades incluidas en éste rubro:

### **a) PARTICIPACIÓN EN CONGRESOS**

- Asistencia al V Congreso Internacional sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta, llevado a cabo en la ciudad de Jalapa del 5 al 9 de octubre del 2000, en el cual participé con la ponencia titulada "Evaluación de la supervisión del modelo de tratamiento para bebedores problema".
- Asistencia al II Congreso Internacional sobre Prevención de Conductas Adictivas llevado a cabo en el Auditorio Antonio Caso del 26 al 2 de marzo del 2001, en el cual participé en la modalidad de poster, con el trabajo titulado "Desarrollo de un programa de formación para terapeutas en un programa de autocambio dirigido para bebedores problema".
- Asistencia al Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta efectuado en la ciudad de Toluca en Julio del 2001, en el cual participe con la ponencia de "Desarrollo de un programa de formación para terapeutas en un programa de Autocambio dirigido para bebedores problema".

### **b) ASISTENCIA A CONFERENCIAS**

- Asistencia a la Reunión Anual de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, en donde se expusieron las investigaciones llevadas a cabo en el transcurso del año 1999, y los resultados de ellas, que fueron por demás interesantes.
- Asistencia al Congreso llevado a cabo en el Instituto Mexicano de Psiquiatría sobre "Perspectivas de las adicciones en México al inicio del Tercer Milenio", impartido el viernes 18 de febrero del año en curso.
- Asistencia a la Conferencia Magistral en "Apoyo y Evaluación de iniciativas para la salud y el desarrollo comunitario" dictada por el Dr. Estephen B Fawcett, el miércoles 7 de junio del 2000 en el auditorio de la Facultad de Psicología de la UNAM

## CONCLUSIONES

Puedo concluir, al haber finalizado la Maestría en Psicología Profesional con residencia en Adicciones, la gran diversidad de conocimiento impartido al respecto del panorama general en materia de conductas adictivas, los aspectos epidemiológicos, las drogas y sus efectos en el organismo, los problemas asociados al uso y abuso continuo así como de los programas de tratamiento desarrollados para combatir el problema de la farmacodependencia no sólo a nivel nacional sino mundial.

El tema de las adicciones es un aspecto de salud pública prioritario en nuestro país, por toda la problemática asociada al consumo de sustancias psicoactivas y al número de años saludables perdidos como resultado de ello. México ha pasado de ser un país de tránsito de drogas a un país consumidor y de ahí la importancia de reconocer nuestra situación actual y darle el justo valor para desarrollar acciones preventivas, particularmente de tipo universal, para poder generar en las nuevas generaciones, la conciencia de las consecuencias que éste consumo acarrea a largo plazo y fomentar estilos de vida saludables que los alejen de las drogas. Como se ha comprobado, los adolescentes empiezan con un uso experimental que paulatinamente puede llegar a convertirse en una dependencia, en parte debido al alto poder adictivo de algunas sustancias como lo son la cocaína o la heroína.

Al haber revisado la situación actual de nuestro país referente al problema de la farmacodependencia, se justifica plenamente el desarrollo de programas de Posgrado para combatirla participando en el desarrollo de programas preventivos así como opciones de tratamiento actuales y eficaces. La Maestría en Psicología Profesional con residencia en Adicciones, desarrollada en la Universidad Nacional Autónoma de México, es un esfuerzo que se suma al de otras instituciones, básicamente del sector salud, dedicadas al desarrollo de programas preventivos en los tres niveles de atención. No obstante, el camino por recorrer aún es largo y es necesario contar con el apoyo de los altos sectores para poder financiar las investigaciones que ayuden a combatir la farmacodependencia en nuestro país.

Considero que el Programa en Psicología de las Adicciones era extenso pero no obstante, favoreció el desarrollo de los objetivos específicos planteados en un inicio, a lo largo de sus dos años de duración, primeramente, al introducirnos al tema de las adicciones, su epidemiología y conceptos básicos en el Instituto Nacional de Psiquiatría impartidos por especialistas en el área, después con la formación en la investigación en adicciones, participando en un proyecto desarrollado en el Instituto Nacional de Psiquiatría así como con la participación en una de las áreas del programa de Autocambio dirigido para bebedores problema y el desarrollo final de un trabajo de investigación aplicada para obtener el grado de Maestro. Por lo que respecta a la práctica clínica, considero de suma

importancia la oportunidad de haber trabajado con usuarios de alcohol como parte de la formación en el área, siempre bajo la supervisión de profesionales expertos en el modelo, ya que era necesario formarse como terapeuta y el hecho de haber tenido el espacio adecuado para trabajarlo se traduce en una experiencia profesional muy enriquecedora y gratificante.

Al término de la Maestría, considero haber desarrollado competencias profesionales que me permitirán ejercer en el área de la investigación, colaborando en el desarrollo de programas preventivos de primero y segundo nivel así como desempeñarme como terapeuta en la rehabilitación de personas con problema de adicción a alguna sustancia psicoactiva.

Finalmente, los profesionales en el área reconocemos la importancia del abordaje de éste tópico, problema de salud pública, que requiere atención inmediata y un firme compromiso de diversos sectores de nuestra sociedad, salud, gobierno y la misma población, para poder combatirlo y disminuir todas las consecuencias adversas que se derivan del consumo de drogas en nuestro país.

## ANÁLISIS DE INVESTIGACIÓN APLICADA

Como parte de los objetivos fundamentales del Programa de Maestría en Psicología Profesional, cada alumno tuvo a bien desarrollar una investigación a partir del segundo semestre, la cual fue dirigida y asesorada oportunamente por el tutor designado al inicio del programa, en mi caso, el Dr. Héctor Ayala Velázquez; dicha investigación debía cumplir con un rigor científico además de ser uno de los requisitos establecidos para la obtención del grado de Maestro. A continuación presento el trabajo elaborado:

**"Un sistema multidimensional para evaluar la interacción del terapeuta y el usuario en un programa de Autocambio dirigido para bebedores problema"**.

### ANTECEDENTES

El fenómeno de la resistencia al cambio en la terapia es un fenómeno bien representado en la literatura clínica. Las escuelas más importantes de terapia, han conceptualizado el problema de la resistencia relacionándolo con sus propias teorías acerca de cómo se da el cambio en las personas. Mientras la literatura clínica está repleta de ejemplos acerca de varias técnicas para tratar con el problema de la resistencia, los datos acerca de la efectividad de estos métodos ha sido de naturaleza más bien anecdótica. Una dificultad mayor en el estudio de la resistencia, se encuentra en la definición y operatización del constructo (Chamberlain, 1984).

Tradicionalmente, el estudio de la resistencia se ha centrado en la disposición global o actitud del cliente, o en la calidad de las "condiciones facilitadoras" (empatía, autenticidad, calidez) ofrecidas por el terapeuta, en base a las cuales, se ha hipotetizado que contribuyen a contrarrestar la resistencia y facilitar cambios positivos en el cliente (Lambert, DeJulio y Stein, 1978).

Trabajos empíricos, han centrado su interés en la resistencia como un constructo global, sin considerar su naturaleza multidimensional, no obstante, estudios más detallados de la resistencia muestran que no es un fenómeno unidimensional (Chamberlain, 1984).

La resistencia ha sido comúnmente interpretada por los investigadores como un resultado del carácter del cliente, o como una manifestación de una mala práctica del terapeuta y sólo algunos estudios han considerado a la resistencia como un proceso variable, a través de una medida de éxito inmediato (Chamberlain, 1984).

Hallazgos en la literatura clínica sugieren una relación complicada entre la resistencia y el éxito en la terapia. Determinantes tales como la conducta del terapeuta, las variables del cliente, la etapa de la terapia, han demostrado jugar un papel importante en el nivel de resistencia y el valor terapéutico de niveles particulares de resistencia (Chamberlain et al, 1984)

Diversos estudios que habían explorado las actitudes del cliente hacia el tratamiento, se han enfocado en los autoreportes del cliente, o los juicios del terapeuta, o bien en los promedios de características globales tales como los niveles de estrés en el cliente, la hostilidad hacia el terapeuta, las expectativas de cambio o el grado de compromiso con el tratamiento. En general, los hallazgos encontrados en éstos estudios, indican que los clientes que más llegan a beneficiarse de la terapia, son aquellos que se involucran activamente en el tratamiento, quienes reconocen su responsabilidad para cambiar su propia conducta, y quienes esperan que la terapia les sea de ayuda (Gomez-Schwartz, 1978; Schofield, 1964).

Las definiciones acerca del término de resistencia varían, pero en general, la resistencia ha sido definida como cualquier conducta en el cliente que se exprese como renuente para participar en las tareas de la terapia como estén asentadas por el terapeuta. Sin sugerir que el progreso en la terapia requiere que el terapeuta sea la guía, también se considera que la resistencia se presenta el cliente cuando no sigue las indicaciones del terapeuta. La resistencia ha sido definida como cualquier conducta que indique una oposición abierta o velada hacia el terapeuta, el proceso terapéutico o la guía del terapeuta. (Tracey, 1985).

La resistencia es evidente, en la oposición del cliente al cambio, manifestada mediante la interferencia al cambio, aún cuando el cliente haya pedido ayuda y haya consentido en cooperar con el tratamiento. El proceso de oposición al cambio interrumpe el proceso terapéutico y es una expresión del deseo del cliente de mantener el estado actual, de "dejar todo como estaba antes", a pesar de las indicaciones de que eso es maladaptativo, limitado y doloroso. El miedo o temor al cambio, la búsqueda de seguridad, las ganancias secundarias, mantienen al cliente en patrones maladaptativos (Chamberlain, 1988)

La resistencia se manifiesta de manera evidente cuando el cliente no es cooperativo con el terapeuta; esta falta de cooperación puede tomar forma de una respuesta contraria a los requerimientos del terapeuta o las intervenciones, una respuesta contraria a las contingencias establecidas por el terapeuta, una desaprobación de la influencia del terapeuta, o una dinámica interpersonal negativa entre el terapeuta y el cliente (Chamberlain, 1988)

Aún cuando un cliente se pueda oponer al terapeuta por otras razones que no estén relacionadas con los errores que éste pueda cometer, la oposición hacia el terapeuta frecuentemente es causada por los errores del terapeuta. Un terapeuta puede generar, sin advertirlo, resistencia mediante intervenciones inapropiadas o por moverse en una dirección que no cuadra con las necesidades actuales y capacidades del cliente (Basch, 1982).

Las formas más frecuentes y transparentes de resistencia ocurren cuando el cliente expresa que no tiene deseos de hablar, enuncia un “no sé”, o bien, permanece en silencio (Sack, 1988). Además, existen muchas otras formas en las cuales los clientes ocultan material importante, mientras aparentan estar comunicándose abiertamente. Por ejemplo, el cliente puede hablar acerca de eventos superficiales, insignificantes o irrelevantes, en vez de reportar una secuencia detallada de eventos al terapeuta, o bien llevar a cabo un resumen de una situación dada, omitiendo los detalles importantes (Patton y Meara, 1992)

Los resultados del estudio llevado a cabo por Bischoff, Tracey y Terence (1998), señalan que existe una relación en la predicción de la dirección entre la conducta del cliente (resistente versus cooperativa), y la conducta precedente del terapeuta (directiva versus no directiva). Este estudio sugiere que la ocurrencia de la resistencia del cliente no es independiente de los eventos relacionados, sino más bien, puede ser predicha, a un grado modesto, por la conducta antecedente del terapeuta, por que se puede decir que, con algún grado de confianza que la resistencia es en parte, una respuesta a la conducta antecedente del terapeuta.

Estos hallazgos sostienen las sugerencias al respecto de que los terapeutas deberían medir, en relación al nivel de resistencia, la proporción de sus conductas directivas versus las no directivas. El anterior estudio sugiere que las conductas del terapeuta seleccionadas de la categoría no directiva, eran menos seguidas de las conductas resistentes del cliente que aquellas seleccionadas de la categoría directiva (Bischoff, 1998). Las conductas de apoyo y escucha pueden utilizarse cuando la resistencia en el cliente está interfiriendo con el desarrollo de una alianza.

La conducta directiva del terapeuta ha sido definida como cualquier enunciado que o controla la actividad verbal de la terapia, o cualquier enunciado que cambie o confronte al cliente. La conducta no directiva del terapeuta ha sido definida como cualquier enunciado que otorgue la responsabilidad de decisión para elegir al cliente, cualquier enunciado que clarifique el enunciado anterior que haya emitido el cliente y cualquier enunciado que señale valor y apoyo hacia el cliente (Bischoff, 1998). Al respecto de esto, se ha hipotetizado que una conducta directiva antecedente en el terapeuta, incrementará la probabilidad de que se presente una conducta resistente en el cliente, y que una conducta no directiva antecedente del terapeuta, aumentará la probabilidad de que se presente una conducta cooperativa en el terapeuta (Bischoff, 1998).

La investigación sugiere que el nivel de resistencia y las implicaciones de este, pueden variar en los clientes. Las variables de los clientes han sido propuestas para ser relacionadas con la experiencia del cliente ante una conducta directiva en el terapeuta. La Psicología social ha propuesto otras variables que pueden tener relevancia en la experiencia del cliente con una conducta directiva del terapeuta y con la motivación para seleccionar respuestas resistentes versus no resistentes (Chamberlain et al , 1984).

En el caso del tratamiento de conductas adictivas, se ha comprobado que las personas que abandonan un tratamiento de abuso de sustancias son una fuente de frustración para el área clínica, además de que constituyen un mayor gasto para tratamientos organizados. Cabe mencionar que los niveles de deserción del tratamiento de abuso de sustancias como el alcohol es alto, pero sólo un poco más en relación al nivel de clientes desertores que están participando en una amplia variedad de tratamientos médicos y psiquiátricos (Rocha; Romero, 1996).

Un amplio y exhaustivo estudio sobre deserción realizado por Baekland y Lundwall (1975) determinó que del 52 al 75 % de los alcohólicos que eran atendidos externamente desertaron antes de las cuatro primeras sesiones, sin embargo, en estudios más recientes la mayoría de éstos han encontrado que más del 50% de las deserciones ocurren en El primer mes del tratamiento.

Algunas investigaciones realizadas encontraron una asociación poderosa entre la deserción y resultados negativos, Baekland y Lundwall encontraron que los desertores de un tratamiento de alcohol tuvieron peores resultados que la gente que concluyó el tratamiento. Así mismo, determinaron que mientras el 70.2% de alcohólicos que completaron un programa de tratamiento estuvieron abstinentes durante un periodo de 9 meses, sólo el 23.4% de aquellos que desertaron del tratamiento pudieron lograr una abstinencia semejante.

Miller (1985) encontró que frecuentemente la motivación está asociada a la deserción del tratamiento, sin embargo, dicen que los terapeutas dan poca posibilidad de que la motivación aumente, ya que ellos se predispone a que el alcohólico tiene poca motivación. Baekland y Lundwall plantea que las actitudes negativas o ambivalentes respecto al tratamiento y la baja motivación están asociadas a la deserción lo cual fue basado en impresiones médicas y no en algo científico. Investigaciones más recientes han demostrado que la opinión del terapeuta sobre el nivel de motivación del paciente está asociado frecuentemente con la permanencia en el tratamiento pero no siempre ocurre así (Rocha; Romero, 1996).

En otro intento para identificar los factores causantes de la deserción, fueron interrogados los clientes y los terapeutas acerca de esto; los clientes atribuyeron su deserción a su mejoría en el consumo, a problemas financieros, problemas de trabajo, problemas con hijos o bien porque el terapeuta no era de su agrado (Craig, 1985). Los terapeutas atribuyen su deserción a actitudes como deshonestidad, falta de contacto con la realidad, resistencia (Miller 1985) estas diferencias en las razones que dan los clientes y los terapeutas respecto a la deserción hacen más difícil que los terapeutas interfieran en el proceso de deserción (Rocha; Romero, 1996).

Pekarkin y Finney-Owen encontraron que cuando los clientes y terapeutas eran interrogados acerca de las razones de deserción la mayoría reportan una mejoría (30% y 37%) respectivamente. En tanto que el disgusto por el terapeuta fue reportada como razón de deserción dos veces mayor que por los clientes que por los terapeutas (26% y 11%) (Rocha; Romero, 1996).

La literatura reporta que a pesar de las diversidades de investigaciones enfocadas al tema de deserción, la comparabilidad de estas a través de las diferentes poblaciones de clientes, indica cautela en interpretaciones únicas, puntos de utilidad, explicaciones genéricas y aproximaciones para prevenir prematuras terminaciones (Rocha; Romero, 1996)

Es posible que los clientes continúen si reciben una respuesta inicial rápida y atención individual y si son vistos en muy pequeños grupos amistosos con un comfortable medio y con técnicas poco costosas, las cuales pueden ser empleadas para que el cliente pueda ser motivado, es el llamar por teléfono con el fin de un recordatorio de asistencia, así como correspondencia personal (Rocha; Romero, 1996).

Una manera para los clínicos de reducir la deserción, es verla como resultado de la interacción de las necesidades del cliente y lo que ofrece el terapeuta, esto es usando una perspectiva interaccionista, en la que se requiere que los clínicos conozcan los puntos de vista de los clientes en relación con su problema de abuso y sus percepciones del valor del tratamiento lo que le permitiría influenciar en la probabilidad de respuestas dadas del cliente.

Esto sugiere que los clínicos pueden beneficiar a sus clientes al mirarlos individualmente, ya que el cliente podría no tener el mismo problema fundamental de retención que los demás clientes. Así que el clínico debe mirar más allá que el propio abuso para así explicar la deserción y para buscar maneras para mejorar la retención. Esto no implica que el propio abuso de alcohol no contribuye a la deserción, puesto que es claramente un factor que guarda relación con la probabilidad de su presencia (Rocha; Romero, 1996)

De todo lo antes mencionado, se puede deducir que el factor más importante para prevenir la deserción es el hecho de que el terapeuta debe intentar lo más posible que el cliente continúe con el tratamiento. Una de las estrategias más poderosas y que dio un buen resultado con pacientes muy problemáticos, fue cuando el terapeuta dio atención inmediata a los problemas y preocupaciones de sus clientes, haciéndolos sentir bienvenidos y tratando a la situación de cada cliente como única, educando a los pacientes sobre el tratamiento, quedando a su vez abierto a las ideas de los clientes y en conjunto establecer regímenes de tratamiento diseñados individualmente estando expuesto a modificaciones de acuerdo a fueran requiriendo las circunstancias (Rocha; Romero, 1996)

Sin embargo esta situación proactiva de manera aislada no puede eliminar la deserción, pero combinada con la aplicación de técnicas diseñadas a prevenir la deserción, pueden reducirla significativamente y puede mejorar el resultado final para los clientes, de ahí la importancia de identificar los factores involucrados en la interacción terapeuta cliente para desarrollar estrategias y habilidades en el cliente que confluyan a disminuir la deserción del tratamiento de conductas adictivas (Rocha; Romero, 1996)

Existe alguna evidencia que las intervenciones de entrenamiento a padres, proveen un vehículo razonable para el estudio molecular de la resistencia del cliente al tratamiento. Trabajos previos muestran que en la terapia un 70% de las familias muestran al menos alguna forma de resistencia (O'Dell, 1982) al entrenamiento a padres. En los pasados 5 años el rol del terapeuta "suave" de las habilidades clínicas en la implementación exitosa del entrenamiento a padres ha incrementado su atención en la literatura (Patterson, 1984).

Los resultados de estos estudios demuestran claramente que las familias con niveles altos y crónicos de resistencia fracasan en el tratamiento, pero las familias que mostraron bajos niveles de resistencia desde el principio hasta el final del tratamiento, parecen no beneficiarse mucho tampoco. Las familias que parecen tener éxito, son aquellas que lucharon con el terapeuta y mostraron un aumento en el nivel de resistencia en el curso de la terapia pero que después fueron capaces de resolver o trabajar su resistencia (Stoolmiller, Duncan, Bank, Patterson, 1993)

Chamberlain, Davis, Forgatch, Frey, Patterson, Ray, Rotchschild y Trombley (1984), llevaron a cabo un estudio el cual fue un intento para examinar la utilidad y validez de constructo de un sistema que cuantifica la resistencia del cliente; en éste sistema cada respuesta del cliente hacia las verbalizaciones del terapeuta fue codificado como "cooperativo" o "resistente". La resistencia fue definida como los señalamientos del cliente que bloquearan o impidieran los esfuerzos del terapeuta hacia el cambio. Los resultados de éste estudio demostraron que la resistencia del cliente durante las entrevistas terapéuticas pueden ser codificadas a un nivel molecular utilizando un sistema observacional directo. Las relaciones entre los promedios de las resistencias observadas en el cliente y la fase del tratamiento, si abandonó el tratamiento o lo finalizó, proveen un soporte modesto para la validez de constructo del sistema. Además, la relación entre las resistencias observadas en

el cliente y los promedios de éxitos de los terapeutas, sugieren que un sistema observacional puede tener utilidad predictiva. Los autores sugieren que la relación entre ésta medida observacional de resistencia y medidas múltiples de validez del éxito de tratamiento deben ser establecidas antes de que un sistema de medida sea adoptado seriamente por estudiantes de un proceso terapéutico

Mediante la medición de las verbalizaciones del cliente que bloqueaban los esfuerzos del terapeuta hacia el cambio, Chamberlain et al (1984), desarrolló un sistema de codificación de 7 categorías que fue utilizado para registrar las verbalizaciones del cliente durante las sesiones de tratamiento; dichas categorías fueron clasificadas como resistentes o cooperativas. Los resultados de éste estudio mostraron que la resistencia presentada estaba relacionada a la etapa del tratamiento, la complejidad de éste y el rango de éxito del terapeuta; además, las conductas de “enseñar” y “confrontar” del terapeuta generaban mayor resistencia que las de “facilitar” y “apoyar” que generaban un decremento en la resistencia (Patterson, 1982).

De todo lo anteriormente expuesto se deriva la necesidad de llevar a cabo más investigación en ésta área con el fin de contribuir a desarrollar programas de intervención para decrementar la resistencia en el cliente hacia el cambio en la terapia, este estudio es una contribución al área, en un intento por evaluar el tipo de interacción que se da en un contexto de tratamiento para personas con un consumo de alcohol excesivo, identificando las habilidades en el terapeuta que decrementan y/o aumentan el nivel de resistencia al cambio en el usuario.

# MÉTODO

## JUSTIFICACIÓN

Esta propuesta de investigación nace del interés en evaluar el proceso terapéutico en términos de la interacción entre el terapeuta y el usuario con el fin de identificar las habilidades en los terapeutas formados en el modelo de Autocambio dirigido para bebedores problema que guardan relación con el nivel de resistencia al cambio en el usuario.

El objetivo central de éste trabajo de investigación fue llevar a cabo la adaptación del Código del Proceso Terapéutico (CPT) desarrollado por Chamberlain, et al (1984) a un Programa de Autocambio dirigido para bebedores problema y registrar la interacción del terapeuta y el usuario, con el fin de identificar las habilidades en el terapeuta relacionadas con el nivel de resistencia en el usuario hacia el cambio.

## PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿ Un sistema multidimensional de observación de la interacción del terapeuta y el usuario, permite identificar las habilidades en el terapeuta relacionadas con la resistencia en el usuario hacia el cambio?

## VARIABLES

Variable dependiente: Conducta verbal del usuario

Variable independiente: Conducta verbal del terapeuta

\*Ambas variables fueron medidas a través de las categorías conductuales del Código del Proceso Terapéutico contenido en el anexo 1

## HIPÓTESIS

Hi- Un sistema multidimensional de observación directa permite identificar las habilidades del terapeuta relacionadas la resistencia en el usuario.

Hi- Un sistema multidimensional de observación directa no permite identificar las habilidades del terapeuta relacionadas con la resistencia en el usuario

## **SUJETOS**

La muestra estuvo constituida por 5 terapeutas formados en el programa de Autocambio dirigido para bebedores problema

## **DISEÑO**

Diseño Observacional

## **ESCENARIO**

El Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

## **INSTRUMENTO**

Código del Proceso Terapéutico (CPI)

### Descripción

El CPI es un sistema de observación diseñado para medir las conductas del cliente y el terapeuta durante las sesiones de entrenamiento. Dos contenidos de códigos son usados: uno describe las verbalizaciones del cliente y el otro describe las verbalizaciones del terapeuta

Códigos de contenido del usuario

Cada verbalización del cliente es clasificada como cooperativa con la situación planteada por el terapeuta, o dentro de una de ocho categorías que describen varios tipos de resistencia del cliente. Estas resistencias son: 1) Desafiar/ desacuerdo, 2) Desesperanza/ culpar, 3) Defenderse de otros/ defenderse de sí mismo, 4) Salirse del tema/ salirse de la agenda, 5) Responder por alguien más, 6) No responder, 7) Descalificar oraciones previas, y 8) ataques verbales sobre otro miembro de la familia presente. Si las verbalizaciones del cliente bloquean, desvían o impiden la situación planteada por el terapeuta o si el cliente crítica a miembros de la familia presentes, una de las ocho categorías de resistencia es usada. Una categoría describe la conducta cooperativa o de no resistencia

## Códigos de contenido del terapeuta

Las verbalizaciones del terapeuta son clasificadas dentro de una de las ocho categorías mutuamente excluyentes y con una descripción exhaustiva de la actividad verbal del terapeuta. Estas son: 1) Apoyo, 2) Enseñar, 3) Preguntar/búsqueda de información, 4) Estructurar, 5) Confrontar/ desafiar, 6) Encuadrar, 7) Facilitar, y 8) Hablar.

### Propósito del instrumento

Esta medida fue diseñada para cuantificar momento a momento la interacción del terapeuta y el cliente en el contexto del entrenamiento a padres para familias de niños y adolescentes referidos como opositoristas o con desordenes de conducta

Dado que es factible medir las conductas de resistencia del cliente momento a momento sesión a sesión, es posible examinar empíricamente la relación entre varias actividades del terapeuta y resistencias del cliente. Porque la secuencia de conductas es registrada en el TPC, es posible examinar un número de situaciones en la interacción social en el proceso terapéutico.

## Materiales

El Manual del Código del Proceso Terapéutico original, 1 cámara de Gesell, 1 cámara de video, 1 videocasetera, 15 videocasetes, 1 cronómetro, 8 diskets, una computadora, impresora, 500 hojas bond, lápice,

## PROCEDIMIENTO

El primer paso dentro de la investigación, fue llevar a cabo la adaptación del manual del Código del Proceso Terapéutico a la población de estudio, en este caso, a un programa de prevención secundaria para usuarios de alcohol, por lo que fueron necesarias modificaciones tanto en las categorías conductuales del terapeuta como del usuario así como en los ejemplos que las ilustraban mediante la observación de videograbaciones de las sesiones de tratamiento del programa de Autocambio dirigido para bebedores problema.

Posteriormente, se procedió con la fase de piloteo de las categorías conductuales del terapeuta y usuario contenidas en el Código del Proceso Terapéutico y obtención de la confiabilidad del instrumento, para lo cual, las videograbaciones de las sesiones de tratamiento fueron divididas en tres periodos de observación de cinco minutos de duración cada uno, en tres momentos de la sesión, uno al inicio, otro a la mitad de ésta y uno más al final, dependiendo del tiempo total de duración de la sesión, divididos a su vez, en intervalos de 20 segundos cada uno;

Una vez finalizada ésta segunda etapa, se prosiguió con las videograbaciones de 4 terapeutas en la primera y segunda sesiones de tratamiento, para ser comparados con un quinto terapeuta experto a lo largo de las cuatro sesiones de tratamiento; cabe mencionar que durante ésta etapa de filmación, tres usuarios que habían ingresado al programa y estaban trabajando con tres de los terapeutas comprendidos en la muestra de estudio, desertaron después de la primera sesión de tratamiento, por lo que fueron analizados con ésta única sesión por considerar éste hecho de suma importancia para el análisis de la resistencia en el usuario, uno de los objetivos primordiales de éste estudio. Posteriormente, a través del análisis secuencial, se identificaron las categorías conductuales involucradas en el proceso terapéutico que decrementaban y/o aumentaban las resistencias de los usuarios hacia el cambio que asistían al programa de Autocambio dirigido para bebedores problema y cuyos resultados se discuten ampliamente en el siguiente apartado

# ANÁLISIS DE RESULTADOS

## 1. MATRIZ DE CONFUSIÓN Y KAPPA DE COHEN

Los registros observacionales de intervalo basados en el Código del Proceso Terapéutico para el programa de Autocambio dirigido para bebedores problema (anexo 1), fueron analizados mediante los siguientes métodos: Concordancia: la primera razón para evaluar la concordancia era asegurar a la comunidad científica que los observadores participantes en éste estudio fueron precisos y nuestros procedimientos replicables así como asegurarnos a nosotros mismos como investigadores, que los observadores estuvieran codificando las categorías conductuales que deseábamos, ésta concordancia describía la medida en que dos observadores estaban de acuerdo uno con el otro. La concordancia requerida fue la de punto por punto, al tener un interés secuencial, podía suponerse que las puntuaciones derivadas de las filas de datos secuenciales, (como las probabilidades condicionales) también concordarían (Bakeman y Gottman, 1989) Como segundo método, se utilizó el coeficiente de Kappa de Cohen, que es un estadístico de concordancia que corrige el azar y como resultado casi siempre es preferible a los porcentajes de acuerdo obtenidos mediante los métodos de concordancia descritos por Bakeman y Gottman (1989). Los resultados obtenidos de ambos análisis se presentan a continuación:

La tabla 1 contiene la matriz de confusión para las categorías de terapeuta y usuario.

### /SEGUNDO OBSERVADOR

P		Ap	En	Pr	Es	Co	Ha	Fa	Enf	Cu	De	Ag	Nr	De	Sr	No	TOTAL
R	Ap	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I	En	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
M	Pr	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	6
E	Es	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	Co	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Ha	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	7
B	Fa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S	Enf	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	Cu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V	Ag	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	Nr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Sr	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	8
R	No	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	9
	<b>TOTAL</b>	0	6	9	2	0	5	0	0	0	0	0	0	0	12	2	36

A partir de esta matriz obtuvimos la concordancia (37%), y la Kappa de Cohen (.192) mediante el siguiente procedimiento:

**CONCORDANCIA:**

$$PA = \frac{NA}{NA + ND} * 100$$

$$PA = (15/15+25)*100 = 15/40 = 37*100=37\%$$

**ÍNDICE DE KAPPA GENERAL:**

$$PO = 15/40 = .375$$

$$PC = \frac{(0*0)+(6*6)+(6*9)+(2*0)+(0*0)+(7*5)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(12*8)+(2*36)}{36*36}$$

$$PC = 0.226$$

$$K = \frac{PO - PC}{1 - PC}$$

$$K = \frac{0.375 - 0.226}{1 - 0.226}$$

$$K = .192$$

A partir de la matriz, en la cual se obtuvo una concordancia del 37% y una Kappa de Cohen de 0.192, ambos puntajes no satisfactorios, por lo que era necesario continuar con el entrenamiento de los observadores para así poder mejorar su ejecución paulatinamente. Por otra parte, destaca la alta frecuencia de desacuerdos en el registro de la categoría No Observó, (cuando un observador registra una conducta y el otro observador no registra nada en el mismo intervalo de tiempo), éste hecho guarda relación con la dificultad en prestar atención al cambio de intervalo de 20", al mismo tiempo que debe prestarse atención a las conductas verbales. Al parecer, un observador sigue registrando un intervalo que ya ha terminado, mientras que el otro, registra adecuadamente el siguiente intervalo, de ahí que el primer observador registre conductas mientras que el segundo no registre ninguna en el mismo intervalo de tiempo; ésta es una de las razones que justifica la importancia del entrenamiento; no obstante, los resultados son comprensibles ya que era el primer registro que llevaban a cabo ambos observadores.

La tabla 2 contiene la matriz de confusión para las categorías de terapeuta y usuario

**/SEGUNDO OBSERVADOR**

P		Ap	En	Pr	Es	Co	Ha	Fa	Enf	Cu	De	Ag	Nr	De	Sr	No	TOTAL
R	Ap	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
I	En	3	8	2	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	16
M	Pr	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
E	Es	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	Co	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Ha	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5
B	Fa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S	Enf	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	Cu	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
R	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V	Ag	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	Nr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Sr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4
R	No	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	4
	<b>TOTAL</b>	5	10	7	0	0	3	0	0	5	0	0	1	0	5	3	39

A partir de esta matriz obtuvimos la concordancia (50%), y la Kappa de Cohen ( 393) mediante el siguiente procedimiento:

**CONCORDANCIA:**

$$PA = \frac{NA}{NA + ND} * 100$$

$$PA = (18/18+18)*100 = 50\%$$

**ÍNDICE DE KAPPA GENERAL**

$$PO = 18/36 = 50$$

$$PC = \frac{(5*3)+(10*16)+(7*5)+(0*0)+(0*0)+(3*5)+(0*0)+(0*0)+(5*2)+(0*0)+(0*0)+(1*0)+(0*0)+(5*4)+(3*4)}{39*39}$$

$$PC = 0.175$$

$$K = \frac{PO - PC}{1 - PC}$$

$$K = \frac{0.50 - 0.175}{1 - 0.175}$$

$$K = 393$$

A partir de la matriz, en la cual se obtuvo una concordancia del 50% y una Kappa de Cohen de 0.393, se puede observar un aumento en la concordancia respecto al registro anterior, sin embargo todavía no cumplía con el 80% de acuerdo requerido para considerarla consistente por lo que era necesario continuar con el entrenamiento de los observadores para aumentar dicho porcentaje. Cabe destacar que en éste registro se puede apreciar la alta frecuencia de la categoría Enseñar (8) para el terapeuta, lo cual demuestra la pertinencia de la misma así como la categoría Sin resistencia (3) para el usuario; la ocurrencia de ésta categoría era de vital importancia para el objetivo de éste estudio ya que la conducta cooperativa del usuario requería ser adecuadamente identificada para poder ser comparada con la conducta no cooperativa o resistente del mismo, lo anterior demuestra la adecuada definición de la conducta Sin resistencia. Asimismo, aún cuando baja en su frecuencia, aparece registrada la categoría resistente "Desesperanza, Culpa, Quejarse" (2) del usuario, quedando de manifiesto la pertinencia de ella en el Código.

Aunque los acuerdos continúan en aumento, la falta de concordancia se debió a confusiones entre las categorías Apoyo, Enseñar, Preguntar y Hablar, por lo que fue necesaria una nueva revisión de sus definiciones para poder diferenciarlas mejor, al parecer es necesario estar muy atento a las verbalizaciones completas del terapeuta, porque si no se escuchan detenidamente, puede caerse en el error de codificar Hablar al pensar que no se ha completado una idea codificable en alguna otra categoría y por tanto dicha verbalización es enviada directamente al cesto de papeles, es decir, a la categoría de Hablar.

Por otra parte, se sigue presentando una frecuencia moderada de desacuerdos en el registro de la categoría No Observó (cuando un observador registra una conducta y el otro observador no registra nada en el mismo intervalo de tiempo), no obstante, dicha frecuencia disminuyó del registro anterior al actual en 3 casos.

La tabla 3 contiene la matriz de confusión para las categorías de terapeuta y usuario

**/SEGUNDO OBSERVADOR**

P		Ap	En	Pr	Es	Co	Ha	Fa	Enf	Cu	De	Ag	Nr	De	Sr	No	TOTAL
R	Ap	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I	En	0	10	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	15
M	Pr	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
E	Es	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
R	Co	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Ha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
B	Fa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S	Enf	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	Cu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V	Ag	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	Nr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Sr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	5
R	No	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	<b>TOTAL</b>	0	10	3	6	0	7	0	0	0	0	0	0	0	3	6	26

A partir de esta matriz obtuvimos la concordancia (59%), y la Kappa de Cohen (.378) mediante el siguiente procedimiento:

**CONCORDANCIA:**

$$PA = \frac{NA}{NA + ND} * 100$$

$$PA = (16/16+11)*100 = 59\%$$

**ÍNDICE DE KAPPA GENERAL:**

$$PO = 16/27 = .592$$

$$PC = \frac{(0*0)+(10*15)+(3*1)+(6*3)+(0*0)+(7*1)+(7*7)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*5)+(6*1)}{26*26}$$

$$PC = 0.344$$

$$K = \frac{PO - PC}{1 - PC}$$

$$K = \frac{0.592 - 0.344}{1 - 0.344}$$

$$K = 378$$

A partir de la matriz, en la cual se obtuvo una concordancia del 59% y una Kappa de Cohen de 0.592 aun no satisfactorios, pero mostrando un avance respecto a las observaciones anteriores. En la matriz de confusión destaca, una vez más, la frecuencia de aparición de la conducta de Enseñar (10) del terapeuta, así como la elevada concordancia entre observadores, esto daba idea de que esta categoría se encontraba bien definida de manera operacional, así como de su pertinencia dentro de la clasificación.

Cabe destacar un índice de desacuerdos respecto a la categoría de Estructura (3) del terapeuta, que se confundía con la categoría de Enseñar del terapeuta, por lo que fue necesario revisar en el Código las definiciones operacionales referentes a ambas categorías; a partir de ello, se encontró que era indispensable redefinirlas ya que la categoría de Estructura estaba abarcando un aspecto ya contemplado en la categoría de Enseñar la cual era conceptualizada básicamente como instrucciones al usuario, la categoría de Estructura contemplaba un aspecto similar referente a dar ordenes las cuales requerían de una respuesta dentro de la sesión excepto los comandos los cuales funcionaban para parar un comando, dicha definición era poco clara y confundía a los observadores por lo que tuvo que ser redefinida eliminando dicho componente y solamente hacer referencia a la guía marcada por el terapeuta dentro de la sesión al respecto de tópicos específicos o bien a los resúmenes de las sesiones y/o tratamiento en general. Un caso similar se presentaba en la confusión de las categorías de Enseñar y Preguntas/búsqueda de información del terapeuta, ya que en la primera existía un componente llamado "solución de problemas", que hacía alusión a sugerencias al usuario en forma de preguntas a que hacer acerca de un problema, este componente confundía a los observadores con la categoría de Preguntas/búsqueda de información, que se refiere exclusivamente a preguntas que requieren una respuesta sin que impliquen la solución de un problema o alternativas para el usuario sugeridas por el terapeuta al respecto a una situación dada, dichas diferencias fueron analizadas para poder registrar adecuadamente ambas categorías

Por otra parte, aún cuando todavía está presente una frecuencia moderada de desacuerdos en el registro de la categoría No Observó, éste error sigue disminuyendo paulatinamente, ahora con una frecuencia de 6, lo cual habla de la habilidad que estaban desarrollando los observadores al ser capaces de prestar atención a las dos condiciones presentes durante el registro: el registro de las categorías conductuales en el intervalo específico de tiempo.

La tabla 4 contiene la matriz de confusión para las categorías de terapeuta y usuario

**/SEGUNDO OBSERVADOR**

P		Ap	En	Pr	Es	Co	Ha	Fa	Enf	Cu	De	Ag	Nr	De	Sr	No	TOTAL
R	Ap	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I	En	0	10	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
M	Pr	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
E	Es	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	Co	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Ha	0	2	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	8
B	Fa	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	7
S	Enf	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	Cu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V	Ag	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	Nr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Sr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	0	28
R	No	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	4	4
	<b>TOTAL</b>	0	12	4	0	0	8	8	0	0	0	0	0	0	30	4	62

A partir de esta matriz obtuvimos la concordancia (87%), y la Kappa de Cohen ( 830) mediante el siguiente procedimiento:

**CONCORDANCIA:**

$$PA = \frac{NA}{NA + ND} * 100$$

$$PA = (54/62) * 100 = 87\%$$

**ÍNDICE DE KAPPA GENERAL:**

$$Po = 56/61 = 882$$

Pc=

$$\frac{(0*0)+(12*12)+(4*3)+(0*0)+(0*0)+(8*8)+(8*7)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(30*28)+(4*4)}{62*62}$$

$$Pc = 0.304$$

$$K = \frac{Po - Pc}{1 - Pc}$$

$$K = \frac{0.882 - 0.304}{1 - 0.304}$$

$$K = .830$$

A partir de la matriz, en la cual se obtuvo una concordancia del 87%, y una Kappa de Cohen de 0.830, se puede apreciar, tras la redefinición de categorías en registros anteriores así como del análisis de las mismas y sus definiciones, se presenta un aumento significativo en la concordancia de los observadores respecto a los registros anteriores, cumpliéndose por primera ocasión un porcentaje de acuerdo superior al 80% requerido para considerarla consistente (Bakeman y Cohen, 1989).

En la matriz de confusión destaca, una vez más, la frecuencia de aparición de la conducta de Enseñar (10) del terapeuta, así como la elevada concordancia entre observadores, esto comprobaba su pertinencia dentro de la clasificación; asimismo se registra también una alta frecuencia de la categoría Sin resistencia del usuario (28), situación constante desde el inicio de los registros. Otras categorías con frecuencias moderadas fueron las de Hablar (5), Preguntar (3) y Facilitar (7); cabe subrayar que la elevada ocurrencia de ésta última categoría permitió detectar un hecho importante: La categoría había sido definida inicialmente cuando el terapeuta estuviese básicamente escuchando al usuario, pero haciendo expresiones cortas para indicar que estaba prestando atención y que el usuario debía continuar hablando, estas expresiones incluían palabras tales como “Sí”, “De acuerdo”, “Correcto”, “Seguro”, “mmmmh” y “Ya veo”, no obstante, se observó que cuando el terapeuta utilizaba alguna de las cuatro primeras, parecía estar reforzando positivamente el discurso del usuario aún cuando éste estuviese haciendo alusión a conductas indeseables referentes a su consumo de alcohol que se contraponían con los objetivos establecidos dentro del tratamiento, las sesiones o la guía del terapeuta, esto porque las expresiones de “Sí”, “De acuerdo”, “Correcto”, “Seguro”, implican básicamente aprobación y como el objetivo de la categoría era solamente la de sostener el discurso del cliente y mostrar que se estaba escuchando atentamente a lo que él decía y no el de aprobar sus verbalizaciones sin identificar si éstas deberían de ser reforzadas o no, ya que para éste hecho existía una categoría específica (Apoyo/Empatía), fue necesario eliminar dichas expresiones del Código, quedando solamente las expresiones de “mmmmh” y “Ya veo” para los registros futuros de la categoría Facilitar.

La tabla 5 contiene la matriz de confusión para las categorías de terapeuta y usuario

**/SEGUNDO OBSERVADOR**

P		Ap	En	Pr	Es	Co	Ha	Fa	Enf	Cu	De	Ag	Nr	De	Sr	No	TOTAL
R	Ap	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
I	En	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
M	Pr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	Es	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
R	Co	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Ha	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
B	Fa	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	3
S	Enf	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	Cu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
R	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V	Ag	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	Nr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Sr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	1	20
R	No	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>TOTAL</b>	1	15	0	5	0	1	2	0	0	0	0	0	0	21	1	46

A partir de esta matriz obtuvimos la concordancia (89%), y la Kappa de Cohen ( .845) mediante el siguiente procedimiento:

**CONCORDANCIA:**

$$PA = \frac{N_A}{N_A + N_D} * 100$$

$$PA = (43/43+5) * 100 = 89\%$$

**ÍNDICE DE KAPPA GENERAL:**

$$PO = 43/48 = .895$$

PC=

$$\frac{(1*1)+(15*15)+(0*0)+(5*5)+(0*0)+(1*1)+(2*3)+(0*0)+(0*1)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(21*20)+(1*0)}{46*46}$$

$$PC = 0.320$$

$$K = \frac{PO - PC}{1 - PC}$$

$$K = \frac{0.895 - 0.320}{1 - 0.320}$$

$$K = .845$$

A partir de la matriz, en la cual se obtuvo una concordancia del 89%, y una Kappa de Cohen de 0.845. Se presenta un aumento en la concordancia respecto al registro anterior, cumpliéndose por segunda ocasión un acuerdo superior al 80% requerido para considerarla consistente (Bakeman y Cohen, 1989)

Cabe destacar que en éste registro se puede apreciar la alta frecuencia de las categoría Enseñar (15) y Sin resistencia (19) del usuario, situación presente a lo largo de todos los registros. La categoría de Estructura, muestra una frecuencia de 5, lo cual señala la pertinencia de su adecuada redefinición e importancia dentro del Código. Por otra parte se tiene a Facilitar (2) para el terapeuta, destacando que, tras haber sido redefinida, su frecuencia disminuyó significativamente respecto al registro anterior, lo cual da cuenta de que se estaban registrando otras conductas no convenientes a ella.

Por otra parte, se muestra una disminución muy significativa de desacuerdos en el registro de la categoría No Observó, en esta ocasión solamente presente en un caso

La tabla 6 contiene la matriz de confusión para las categorías de terapeuta y usuario

**/SEGUNDO OBSERVADOR**

P		Ap	En	Pr	Es	Co	Ha	Fa	Enf	Cu	De	Ag	Nr	De	Sr	No	TOTAL
R	Ap	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
I	En	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
M	Pr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	Es	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
R	Co	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Ha	0	2	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	9
B	Fa	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5
S	Enf	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	Cu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V	Ag	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	Nr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Sr	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	21	1	23
R	No	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	<b>TOTAL</b>	1	13	0	2	0	7	5	0	0	0	0	0	1	22	1	52

A partir de esta matriz obtuvimos la concordancia (90%), y la Kappa de Cohen (.865) mediante el siguiente procedimiento:

**CONCORDANCIA:**

$$PA = \frac{NA}{NA + ND} * 100$$

$$PA = (46/46+5)*100 = 90\%$$

**ÍNDICE DE KAPPA GENERAL:**

$$PO = 46/51 = .901$$

$$PC = \frac{(1*1)+(13*11)+(0*0)+(2*2)+(0*0)+(7*9)+(5*5)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(1*23)(22*21)}{52*52}$$

$$PC = 0.264$$

$$K = \frac{PO - PC}{1 - PC}$$

$$K = \frac{0.901 - 0.264}{1 - 0.264}$$

$$K = .865$$

A partir de la matriz, en la cual se obtuvo una concordancia del 90%, y una Kappa de Cohen de 0.865. Cabe destacar que en éste registro se puede apreciar, una vez más la alta frecuencia de la categoría Enseñar (11) para el terapeuta y la categoría Sin resistencia (21) para el usuario, siendo ambas las que registran mayor ocurrencia a lo largo de todas las observaciones. Por otra parte, se encuentra la categoría de Hablar (6), con una frecuencia moderada de la cual se muestra su pertinencia como un cesto de papeles para todas aquellas conductas del terapeuta no codificables dentro de otras categorías del Código del Proceso Terapéutico; asimismo se observa el avanzado entrenamiento que los observadores han alcanzado tras múltiples observaciones y registros de las categorías.

La tabla 7 contiene la matriz de confusión para las categorías de terapeuta y usuario

**/SEGUNDO OBSERVADOR**

P		Ap	En	Pr	Es	Co	Ha	Fa	Enf	Cu	De	Ag	Nr	De	Sr	No	TOTAL
R	Ap	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
I	En	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
M	Pr	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
E	Es	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	Co	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Ha	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
B	Fa	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
S	Enf	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	Cu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V	Ag	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	Nr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Sr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	0	21
R	No	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	3
	<b>TOTAL</b>	4	3	2	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	23	0	37

A partir de esta matriz obtuvimos la concordancia (91%), y la Kappa de Cohen ( 873) mediante el siguiente procedimiento:

**CONCORDANCIA:**

$$PA = \frac{NA}{NA + ND} * 100$$

$$PA = (34/34+3)*100 = 91\%$$

**ÍNDICE DE KAPPA GENERAL:**

$$Po = 34/37 = .918$$

$$Pc = \frac{(4*4)+(3*3)+(2*2)+(0*0)+(0*0)+(1*1)+(4*3)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(23*21)+(0*3)}{37*37}$$

$$Pc = 0.352$$

$$K = \frac{Po - Pc}{1 - Pc}$$

$$K = \frac{0.918 - 0.352}{1 - 0.352}$$

K=.873

A partir de la matriz, en la cual se obtuvo una concordancia del 91%, y una Kappa de Cohen de 0.873. Se presenta un aumento en la concordancia respecto al registro anterior, lo cual nos habla de las habilidades desarrolladas por los observadores al haber disminuido significativamente el número de desacuerdos y haber alcanzado un porcentaje consistente y constante en las últimas observaciones

La tabla 8 contiene la matriz de confusión para las categorías de terapeuta y usuario

**/SEGUNDO OBSERVADOR**

P		Ap	En	Pr	Es	Co	Ha	Fa	Enf	Cu	De	Ag	Nr	De	Sr	No	TOTAL
R	Ap	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I	En	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
M	Pr	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
E	Es	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
R	Co	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Ha	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
B	Fa	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	1	10
S	Enf	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	Cu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V	Ag	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	Nr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Sr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	0	26
R	No	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
	<b>TOTAL</b>	0	9	3	5	0	0	10	0	0	0	0	0	0	27	1	55

A partir de esta matriz obtuvimos la concordancia (92%), y la Kappa de Cohen ( .904) mediante el siguiente procedimiento:

**CONCORDANCIA:**

$$PA = \frac{NA}{NA + ND} * 100$$

$$PA = (51/51+4)*100 = 92\%$$

**ÍNDICE DE KAPPA GENERAL:**

$$PO = 51/55 = 927$$

$$PC = \frac{(0*0)+(9*8)+(3*3)+(5*5)+(0*0)+(0*1)+(7*7)+(10*10)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+27*26+(1*2)}{55*55}$$

$$PC=0.232$$

$$K = \frac{PO - PC}{1 - PC}$$

$$K = \frac{0.927 - 0.232}{1 - 0.232}$$

$$K = .904$$

A partir de la matriz, se obtuvo una concordancia del 92%, y una Kappa de Cohen de 0.904, se presenta un aumento en la concordancia respecto al registro anterior, lo cual nos habla de las habilidades desarrolladas por los observadores al haber disminuido significativamente el número de desacuerdos y haber alcanzado un porcentaje consistente y constante en las últimas observaciones.

En éste punto, se hizo un pequeño paréntesis para revisar el contenido de los registros anteriores, una vez que había llamado nuestra atención la no ocurrencia de las categorías resistentes del usuario tales como Enfrentamiento, Agenda propia, No responder y Descalificación; de éste hecho se desprende la necesidad de revisar el Código con sus definiciones para tratar de identificar alguna falla así como comprobar la pertinencia de las categorías. Terminada la revisión, se llegó a la conclusión de que las categorías eran necesarias para poder evaluar la conducta no cooperativa del usuario de llegar a presentarse en el contexto terapéutico, pero la observación detenida de las videofilmaciones de las sesiones de tratamiento permitió identificar un fenómeno que estaba teniendo lugar y se encontraba visiblemente relacionado con la situación descrita anteriormente. La categoría del terapeuta que desde un inicio mostró la más alta frecuencia era la de Enseñar, el usuario ante éstas situaciones, se encontraba básicamente escuchando al terapeuta sin emitir palabra, o si acaso, emitiendo alguna expresión de acuerdo tal como "Sí" "Entiendo" lo cual era automáticamente codificado con una categoría no resistente (Sin resistencia), sin poder ser codificada en ninguna otra categoría. Posteriormente, si el terapeuta al haber terminado con la instrucción, hacía una pregunta específica referente a ésta, tratando de clarificar, o comprobar si había sido comprendida (Preguntas/búsqueda de información) y el usuario la respondía, generalmente con un monosílabo "Sí" o "No" o bien cualquier otra expresión, ésto se traducía una vez más en una codificación de categoría no resistente, por el simple hecho de haber contestado (ya que si no contestaba se le codificaría "No responder" (Conducta resistente). Cabe destacar que las preguntas eran básicamente sobre el tópico actual de discusión de la sesión y difícilmente se llegaban a plantear preguntas abiertas que facilitaran al usuario la expresión otro tipo de situaciones relacionadas con su consumo; además, si en alguna ocasión el usuario comenzaba con un discurso que seguía a una pregunta abierta del terapeuta, éste, automáticamente, le daba Estructura, es decir, marcaba el curso de la sesión, llevándolo a cumplir con los objetivos de ésta, y dar una

respuesta dentro de la sesión lo cual lo llevaría nuevamente a la categoría de Sin Resistencia. Asimismo, se evidenciaba el hecho de que el usuario no tenía la opción de hablar acerca de otros tópicos de importancia para él, tales como el de su ambiente familiar, laboral, personal, ya que cuando los traía a colación, el terapeuta los dejaba de lado. Al parecer, el programa por ser una intervención breve para bebedores problema cuyo objetivo principal era trabajar con el consumo excesivo de los usuarios y se encontraba estructurado de tal forma que, requería que se cumpliesen puntos específicos en cada una de las sesiones, no estaba facilitando el discurso del usuario acerca de tópicos relacionados con su consumo de alcohol. Del análisis efectuado anteriormente, se identificaron dos situaciones: Cuando el terapeuta no facilitaba el discurso del usuario al respecto de temas relevantes asociados a su consumo de alcohol, éste hecho se traducía en un decremento de la expresión verbal del usuario. El segundo hallazgo se refiere a que en el Código no se estaban considerando las conductas verbales expresadas por el usuario, asociadas a su consumo de alcohol, sin considerarse resistentes sino relevantes para él, de ahí que surgió la necesidad de crear otra categoría llamada "Otras conductas asociadas al consumo de alcohol" que permitiera identificar lo que sucedía cuando el terapeuta ofrecía la posibilidad de escuchar lo que el usuario deseara expresar, mediante la formulación de preguntas abiertas, o bien, mediante la facilitación (Facilitar) del discurso del usuario cuando éste trajera a la sesión algún tópico que fuese de su interés, sin desviar la guía que se estuviese marcando el terapeuta en ese momento.

La tabla 9 contiene la matriz de confusión para las categorías de terapeuta y usuario

**/SEGUNDO OBSERVADOR**

P		Ap	En	Pr	Es	Co	Ha	Fa	Enf	Cu	De	Ag	Nr	De	Sr	No	Oc	TOTAL
R	Ap	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
I	En	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
M	Pr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	Es	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	Co	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Ha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B	Fa	2	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
S	Enf	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	Cu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V	Ag	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	Nr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Sr	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32	1	0	34
R	No	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Oc	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>32</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>63</b>

A partir de esta matriz obtuvimos la concordancia (92%), y la Kappa de Cohen ( 875) mediante el siguiente procedimiento:

**CONCORDANCIA:**

$$PA = \frac{NA}{NA + ND} * 100$$

$$PA = (58/58+5)*100 = 92\%$$

**ÍNDICE DE KAPPA GENERAL:**

$$Po = 58/63 = .920$$

$$Pc = \frac{(4*2)+(15*13)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(11*11)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(32*34)+(1*1)*}{(0*0)/63*63}$$

$$PC=0.356$$

$$K = \frac{Po - PC}{1 - PC}$$

$$K = \frac{0.920 - 0.356}{1 - 0.356}$$

$$K = .875$$

A partir de la matriz, se obtuvo una concordancia del 92%, y una Kappa de Cohen de 0.904, se presenta un aumento en la concordancia respecto al registro anterior, lo cual nos habla de las habilidades desarrolladas por los observadores al haber disminuido significativamente el número de desacuerdos y haber alcanzado un porcentaje consistente y constante en las últimas observaciones.

La tabla 10 contiene la matriz de confusión para las categorías de terapeuta y usuario en conjunto

#### /SEGUNDO OBSERVADOR

P		Ap	En	Pr	Es	Co	Ha	Fa	Enf	Cu	De	Ag	Nr	De	Sr	No	Oc	TOTAL
R	Ap	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I	En	0	6	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
M	Pr	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
E	Es	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
R	Co	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Ha	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
B	Fa	0	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
S	Enf	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	Cu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V	Ag	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	Nr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Sr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35	0	0	35
R	No	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	Oc	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>TOTAL</b>	0	6	3	5	0	2	15	0	0	0	0	0	0	37	0	0	68

A partir de esta matriz obtuvimos la concordancia (94%), y la Kappa de Cohen ( 834) mediante el siguiente procedimiento:

**CONCORDANCIA:**

$$PA = \frac{NA}{NA + ND} * 100$$

$$Pa = (65/65+4)*100 = 94\%$$

**ÍNDICE DE KAPPA GENERAL:**

$$PO = 65/69 = 942$$

PC=

$$\frac{(0*0)+(6*7)+(3*3)+(5*5)+(0*0)+(2*3)+(15*13)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(37*35)+(0*2)+(0*0)/68*68$$

$$PC=0.339$$

$$K = \frac{PO - PC}{1 - PC}$$

$$K = \frac{0.942 - 0.339}{1 - 0.339}$$

$$K = 0.912$$

A partir de la matriz, se obtuvo una concordancia del 92%, y una Kappa de Cohen de 0.904, se presenta un aumento en la concordancia respecto al registro anterior, lo cual nos habla de las habilidades desarrolladas por los observadores al haber disminuido significativamente el número de desacuerdos y haber alcanzado un porcentaje consistente y constante en las últimas observaciones

Cabe mencionar, que la nueva categoría de “Otras conductas asociadas al consumo de alcohol, fue introducida desde el registro anterior, no presentando hasta éste momento ocurrencia, aún así se consideró pertinente su permanencia, ya que el muestreo para el entrenamiento de los observadores se llevó a cabo con cuatro videos, conteniendo dos

sesiones de tratamiento con dos terapeutas diversos, por lo que hasta éste momento no existía una muestra diversa de terapeutas que esbozaran éste tipo de conductas

La tabla 11 contiene la matriz de confusión para las categorías de terapeuta y usuario en conjunto

**/SEGUNDO OBSERVADOR**

P		Ap	En	Pr	Es	Co	Ha	Fa	Enf	Cu	De	Ag	Nr	De	Sr	No	Oc	TOTAL
R	Ap	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
I	En	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
M	Pr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	Es	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	Co	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Ha	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
B	Fa	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
S	Enf	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	Cu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V	Ag	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	Nr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	De	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	Sr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	2	0	28
R	No	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	Oc	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>TOTAL</b>	3	8	0	0	0	2	11	0	0	0	0	0	0	28	3	0	55

A partir de esta matriz obtuvimos la concordancia (94%), y la Kappa de Cohen ( .834) mediante el siguiente procedimiento:

**CONCORDANCIA:**

$$PA = \frac{NA}{NA + ND} * 100$$

$$PA = (50/50+3) * 100 = 94\%$$

**ÍNDICE DE KAPPA GENERAL:**

$$PO = 50/53 = .943$$

$$PC = \frac{(3*3)+(8*8)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(2*3)+(11*11)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(0*0)+(28*28)+(3*2)+(0*0)}{55*55}$$

$$P_C=0.327$$

$$K = \frac{P_O - P_C}{1 - P_C}$$

$$K = \frac{0.943 - 0.327}{1 - 0.327}$$

$$K = .915$$

A partir de la matriz, en la cual se obtuvo una concordancia del 92%, y una Kappa de Cohen de 0.904 , siendo el porcentaje de acuerdo satisfactorio a lo largo de 5 observaciones consecutivas, decidió finalizarse con esta etapa de entrenamiento de los observadores, para pasar con el análisis secuencial y la muestra de 5 terapeutas formados en el Programa de Autocambio dirigido para bebedores problema

## b) ANÁLISIS SECUENCIAL

Al haberse obtenido una concordancia satisfactoria entre los observadores superior al 90% y una Kappa de Cohen superior a .8 durante 5 registros, se confirmó el adecuado entrenamiento de los observadores así como la pertinencia de las categorías conductuales, se procedió por tanto, a realizar el análisis de las secuencias de las conductas del terapeuta y el usuario.

En ésta segunda fase de análisis, se videograbaron a cinco terapeutas, todos ellos psicólogos con excepción de una terapeuta con formación médica. Tres terapeutas fueron filmados en la primera sesión de tratamiento, una cuarta terapeuta en dos sesiones y un último terapeuta filmado lo largo de todo el tratamiento, el desarrollo de dicho análisis se presenta en el Anexo 2.

Los resultados obtenidos de éste segundo análisis, muestran diferencias importantes entre los terapeutas así como en las categorías conductuales del Código del Proceso Terapéutico. Primeramente, destaca el hecho de que los terapeutas formados en el modelo, esbozaron preponderantemente tres tipos de conductas, mientras que los terapeutas en proceso de formación mostraron una variabilidad más grande en sus respuestas ante las conductas de los usuarios. Las categorías conductuales de los terapeutas formados cuya ocurrencia fue significativa son las de: Enseñar, Estructura y Preguntar las cuales elicitaban conductas cooperativas en los usuarios que asistieron al tratamiento; mientras que los terapeutas en proceso de formación esbozaron prácticamente toda la gama de conductas contempladas en el Código, e incluso, fue necesaria la creación de una nueva categoría "Otras conductas asociadas al consumo de alcohol" la cual se refería al discurso del usuario sobre situaciones asociadas a su consumo de alcohol, que no desviaban la guía del terapeuta ni el tópico de discusión marcado por este en un momento dado y mantenía al usuario en un rol activo dentro del tratamiento.

Por otra parte, los usuarios que asistieron al tratamiento con los terapeutas formados, en ninguna ocasión esbozaron conductas resistentes ante las conductas de los terapeutas, en contraste, los usuarios que asistieron al tratamiento con los terapeutas en proceso de formación, esbozaron una gama amplia de conductas resistentes, entre las más frecuentes las conductas de "Culpar", "No responder" y "Enfrentamiento" ésta última ante la conducta de "Confrontar" del terapeuta.

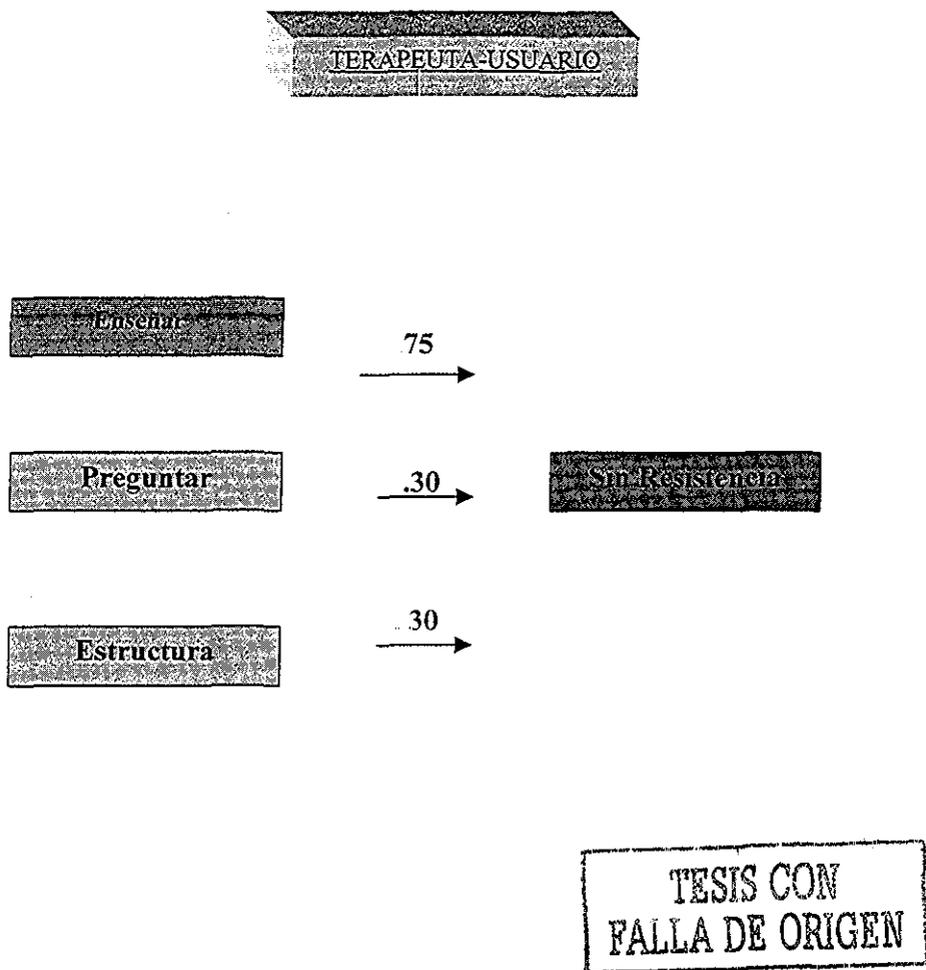
Una situación característica que llama la atención, es la ocurrencia de la conducta de "Confrontar", la cual estuvo presente en dos casos de los terapeutas en proceso de formación, alcanzando una probabilidad significativa y la cual era seguida en un 50% de las veces, por una conducta de "Enfrentamiento" (resistente) del usuario o bien por una conducta cooperativa; los terapeutas formados por su parte, en ninguna ocasión esbozaron conductas de Confrontamiento.

Un ejemplo que llama la atención, fue lo sucedido con el terapeuta formado y filmado a lo largo de todo el tratamiento, este terapeuta contaba con amplia experiencia en el modelo, sus conductas más frecuentes fueron las de Enseñar y Preguntar; hecho que contrasta con los terapeutas en proceso de formación los cuales esbozaron prácticamente todas las conductas del manual, al parecer en un intento por encontrar la estrategia idónea para mover al usuario hacia el cambio; en contra parte, pareciera que el terapeuta formado había identificado ya las conductas necesarias para promover este cambio y fluctúa en ellas sin generar resistencias en su usuario, situación que una vez más contrasta, con lo sucedido con los terapeutas en proceso de formación, cuyos usuarios esbozan una amplia gama de conductas resistentes.

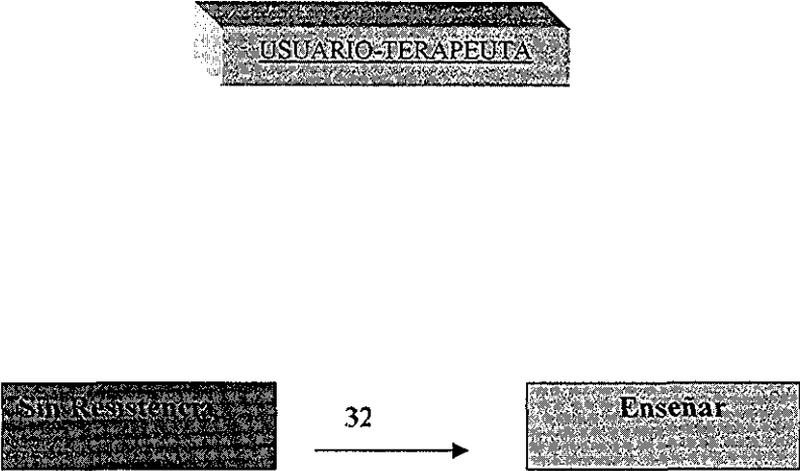
Otro ejemplo característico de este estudio, fue la de la terapeuta con formación médica, al analizar su ejecución se llegó a la decisión de elaborar una nueva categoría, ya ella facilitaba el discurso del usuario, incrementando de esta forma, la conducta verbal del usuario y decrementando por tanto sus niveles de resistencia. Las categorías verbales más frecuentes en esta terapeuta médica fueron las de Preguntar y Hablar, las cuales se perfilan por tanto, como predictoras reductoras del nivel de resistencia en los usuarios y contrastan con el desempeño de los terapeutas psicólogos quienes tienden a dar estructura a los usuarios, sin facilitar el discurso del usuario que por sí mismo, puede arrojar datos importantes sobre su consumo de alcohol.

A continuación se muestran las relaciones más significativas obtenidas para cada terapeuta en ambas secuencias. Al haber filmado durante dos o más sesiones de tratamiento a los terapeutas formados, se consideró importante sacar un promedio de sus categorías conductuales para tener un estimado de sus frecuencias, puntaje que se reporta en estas figuras; asimismo se obtuvo un promedio de las categorías verbales más frecuentes en la muestra total representadas en la figura 1 y 2

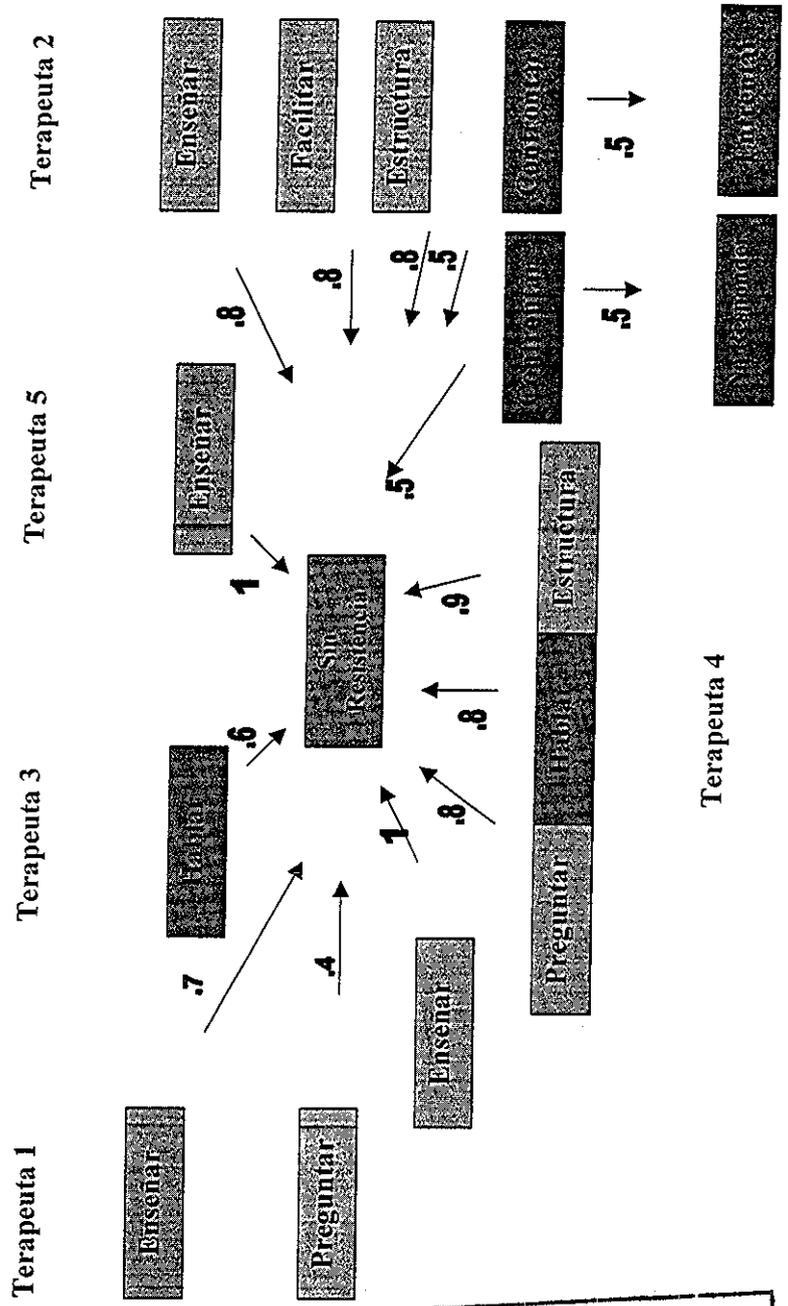
**FIGURA 1. PROBABILIDADES CONDICIONADAS DE TRANSICIÓN DE SECUENCIA DE LA MUESTRA**



**FIGURA 2. PROBABILIDADES CONDICIONADAS DE TRANSICIÓN DE SECUENCIA DE LA MUESTRA**



### 3. REPRESENTACION DE PROBABILIDADES INCONDICIONADAS DE TRANSICIÓN DE SECUENCIA DE LA MUESTRA TERAPEUTA / USUARIO

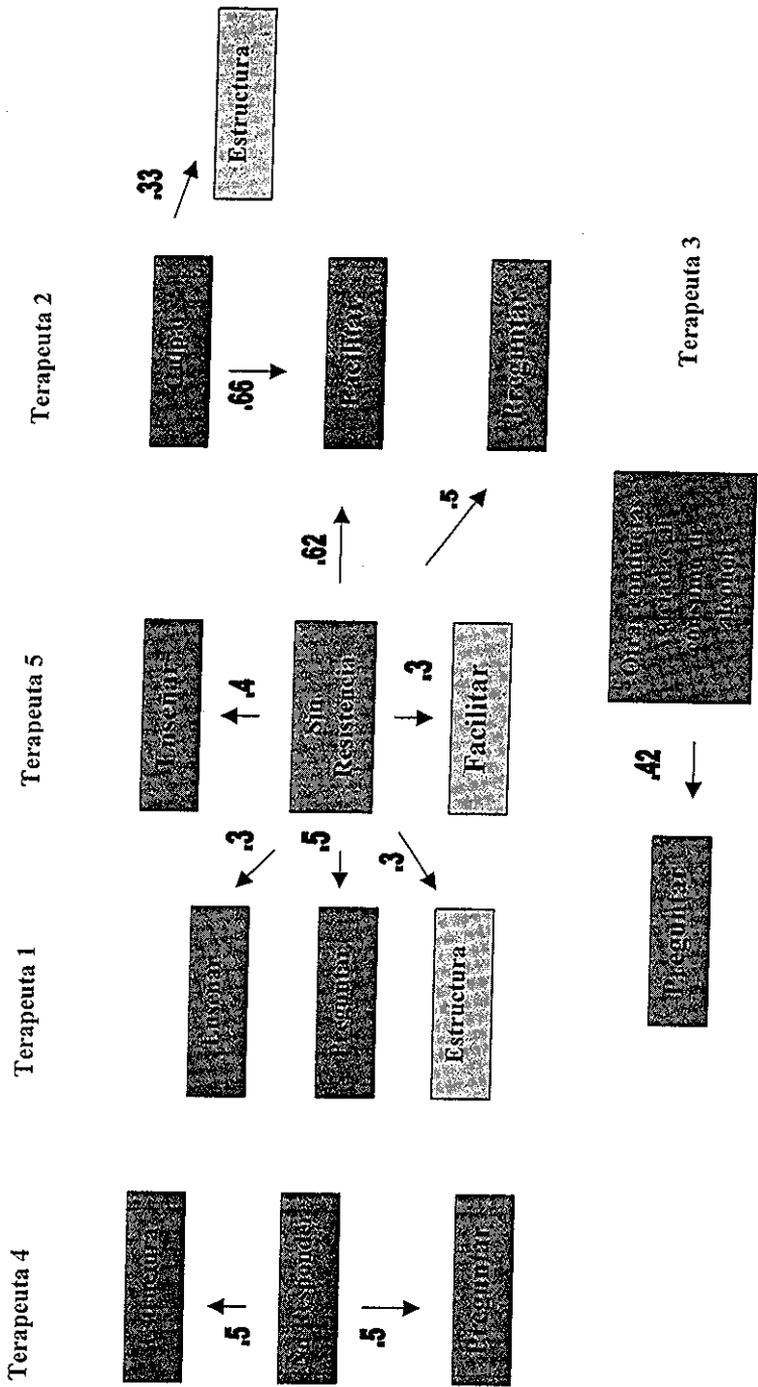


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

90-A

# 4. REPRESENTACION DE PROBABILIDADES INCONDICIONADAS DE TRANSICIÓN DE SECUENCIA DE LA MUESTRA

## USUARIO / TERAPEUTA



90-b

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Primeramente, se puede apreciar en la figura 1 el cual se representaron las probabilidades condicionadas de transición de secuencia "terapeuta/usuario" de la muestra total, las relaciones más fuertes en las diadas de conductas Enseñar/Sin Resistencia con .75, siendo esta la más significativa de todas, a la cual le siguen Enseñar/Preguntar y Enseñar/Estructura ambas con .30, de lo cual se puede concluir, que la conducta de Enseñar del terapeuta muestra una alta probabilidad de elicitar una conducta no resistente en el usuario y por tanto es una conducta deseable para promover el cambio en él; lo mismo sucede en el caso de las conductas Preguntar y Estructura del terapeuta, aunque con menos intensidad, pero que también facilitan una conducta no resistente en el usuario

Por otra parte, en la figura 2, se encuentra representada la relación más fuerte obtenida en el promedio global de la muestra de transición de secuencia "usuario/terapeuta", siendo solamente la diada de "Sin Resistencia/Enseñar, la cual registró una probabilidad de .32, es decir, que la probabilidad de que a una conducta no resistente del usuario le siga una conducta de Enseñar en el terapeuta, es considerable.

En tercer lugar se presenta una figura cuyo objetivo fue el de representar una comparación entre los terapeutas que conformaron la muestra de estudio, constituida por un terapeuta experto formado en el modelo el cual contaba con amplia experiencia y videograbado a lo largo de las cuatro sesiones de tratamiento que conformaban el programa, una segunda terapeuta también formada y con experiencia en el modelo, una tercera terapeuta cuya profesión era la de Medicina y dos terapeutas aún en proceso de formación en el programa; destacando en éste tercer diagrama, las relaciones más fuertes presentes en el terapeuta experto, en el caso de la secuencia "terapeuta/usuario", se ubicaron las diadas Enseñar/ Sin Resistencia con .75 y Preguntar/Sin Resistencia con .47, puntajes que coinciden con el promedio total de probabilidades de la muestra total además de coincidir con la terapeuta formada en la diada Enseñar/Sin Resistencia cuya probabilidad en éste segundo caso fue igual a 1.

Por otra parte, en lo que respecta a la secuencia de usuario/terapeuta, el terapeuta obtuvo las relaciones más fuertes en las diadas Sin Resistencia/Enseñar con .3 y Sin Resistencia/Estructura con .3, condición similar en la terapeuta formada en el caso de la diada Sin Resistencia/Enseñar, además de obtener una probabilidad considerable de .3 en la diada de Sin Resistencia/Facilitar. Se puede apreciar que la probabilidad de diada de Sin Resistencia/Enseñar coincide con los promedios totales de la muestra, de lo cual se concluye que la probabilidad de que a una conducta no resistente del usuario le siga una conducta de Enseñar en el terapeuta es muy alta; asimismo, la probabilidad de que a una conducta no resistente del usuario le siga una conducta de Estructura o Facilitar en el terapeuta, también es considerable.

Por otra parte y referente a los terapeutas restantes, llaman la atención las variaciones obtenidas de sus resultados en relación con los terapeutas formados. En primera instancia, muestran una gama más amplia de conductas en los terapeutas en proceso de formación, la primera terapeuta en proceso de formación obtiene sus relaciones más fuertes de probabilidad en el análisis de secuencia "Terapeuta/Usuario", en las diadas de Enseñar/Sin Resistencia, Estructura/Sin Resistencia y Facilitar/Sin Resistencia con una probabilidad de .8 situación que coinciden con los promedios totales de la muestra así como con los resultados de los terapeutas formados, asimismo se registra una probabilidad de .5 en las diadas de Confrontar/Sin Resistencia y Confrontar/Enfrentamiento, hecho que destaca, ya que es la primera ocasión en que se presenta una conducta resistente en el usuario a la cual precede una conducta de Confrontar en el terapeuta y más aún es significativa ya que comparte el 50% de probabilidad con la ocurrencia de una conducta no resistente en el usuario, es decir, cuando el terapeuta expresa una conducta verbal de confrontación, la probabilidad de que el usuario responda con una conducta resistente o no resistente, es igual en ambas situaciones, cabe mencionar que el usuario desertó del tratamiento después de ésta primera sesión. Por otra parte, referente al análisis de secuencia de las categorías conductuales "Usuario/Terapeuta" destacan como la relación más fuerte la diada de conductas de "Sin Resistencia/Facilitar" con una P de .6 por lo que se interpreta que a una conducta no resistente del usuario existe una probabilidad significativa de que le continúe una conducta de Facilitar en el terapeuta y una vez más, éste hallazgo coincide con los resultados de los terapeutas formados se ubican en las diadas de Culpar/Facilitar con .6 y Culpar/Estructura con .33, conductas resistentes en el usuario a los cuales sigue conductas de Facilitar y Estructura por parte del terapeuta.

Los resultados obtenidos del análisis de secuencia para el segundo terapeuta en proceso de formación, muestran en sus relaciones más fuertes en el análisis de secuencia de las categorías "Terapeuta/Usuario" en las diadas Enseñar/Sin Resistencia, Preguntar/Sin Resistencia y Estructura/Sin Resistencia todas con una probabilidad superior a .8, en segunda instancia se obtuvo una P de .5 en las diadas de Confrontar/Sin Resistencia y Confrontar/No Responder, situación que llama la atención y que coincide con el hecho destacado anteriormente con la primera terapeuta; la probabilidad de que a una conducta de Confrontar emitida por el terapeuta, es igual para la conducta de sin Resistencia (conducta no resistente) y No responder (conducta resistente) en el usuario, siendo la misma conducta de "Confrontar" la que provoca ésta situación en dos usuarios diferentes atendidos por dos terapeutas diferentes, remarcando una vez más que éste usuario también desertó del tratamiento después de ésta primera sesión.

Por lo que respecta al análisis de secuencia de "usuario/terapeuta" destacan como las relaciones más significativas las diadas No responder/Estructura, No Responder/Preguntar ambas con una P de .5 de lo que se puede apreciar que a una conducta resistente en el usuario existe la misma probabilidad de que el terapeuta responda con una conducta de Estructura o de Preguntar; además se identifica la diada de Resistencia/Facilitar con una probabilidad de .4, hecho que también coincide con los resultados obtenidos de los terapeutas anteriores. Asimismo cabe destacar, que por segunda

ocasión, se presenta la aparición de conductas resistentes en el usuario al igual que el caso anterior, situación que no se presenta en el caso de los terapeutas formados

Finalmente, los resultados obtenidos del último terapeuta con una formación médica, muestra su relación más fuerte en la diada Hablar/Sin Resistencia con una P total de 6 y a la inversa en el análisis de secuencia de "Usuario/Terapeuta" se muestran las relaciones más fuertes en las diadas de Sin Resistencia/Preguntar con 5 y Otras conductas asociadas al consumo de alcohol/Preguntar con 4, en éste caso, cabe destacar que, salvo en el caso de la diada Sin Resistencia/Preguntar cuya probabilidad coincide con los hallazgos anteriores, las relaciones de las diadas restantes sólo ocurren en éste caso, es decir, se identifica que Hablar facilita una conducta no resistente en el usuario además de que la categoría de nueva creación "Otras conductas asociadas al consumo de alcohol" precede a la conducta de Preguntar en el terapeuta, y en ésta ocasión, no se encuentran presentes la aparición de conductas resistentes en el usuario, no obstante, éste abandona el tratamiento después de la primera sesión

## CONCLUSIONES

Durante la primera etapa de la investigación, fue necesario alcanzar un índice de concordancia entre los observadores participantes en el estudio, objetivo que se cumplió a través de un proceso de entrenamiento en las categorías conductuales del Código del Proceso Terapéutico para el Programa de Autocambio dirigido para bebedores problema, hecho que implicó que los observadores contaran con un conocimiento profundo del marco conceptual que sustentaban las definiciones de las categorías así como el desarrollo de la habilidad en el llenado de la hoja de registro durante las observaciones, atención y concentración en la tarea, y ensayos repetidos hasta alcanzar el nivel de confiabilidad requerido para poder pasar a la siguiente fase del estudio, además de que, gracias a éste entrenamiento, se pudieron hacer los ajustes en las definiciones del manual, e incluso la creación de una nueva categoría no resistente para el usuario llamada "Otras conductas asociadas al consumo del alcohol" no considerada en el manual original, pero pertinente para los propósitos de ésta investigación

Por otra parte, el análisis secuencial facilitó la identificación de las relaciones de interacción del terapeuta y el usuario más significativas; cabe destacar que, prácticamente todas las conductas propuestas por Chamberlain et al. (1984) para el terapeuta: Enseñar, Preguntar, Estructura, Hablar y Facilitar, elicitaron conductas de no resistencia en el usuario hallazgo que coincide con el reporte del autor en el sentido de que éstas eran conductas deseables en los terapeutas par disminuir los niveles de resistencia en los usuarios, con excepción de la conducta de "Apoyo" cuya frecuencia no alcanzó el criterio de significancia mínimo establecido, lo cual sugiere la necesidad de desarrollar en los terapeutas, una actitud más empática hacia sus usuarios de tal forma que ellos puedan percibirla y responder positivamente hacia ésta y la conducta de "Confrontar" la cual parece elicitar dos posibles respuestas: Una respuesta de resistencia: "Enfrentamiento", o bien una no resistente "Sin resistencia" en el usuario, referente a ésta situación, la literatura reporta que la conducta de confrontar en los terapeutas parece ser adecuada en ciertas situaciones en las cuales los niveles de resistencia del paciente sean muy elevados que no se pueda ya avanzar en otra dirección o bien cuando en el paciente tiene ya algún tiempo asistiendo a la terapia y se ha establecido el vínculo o alianza terapéutica pero en el caso de las primeras sesiones cuando éste todavía no se ha establecido o bien cuando el paciente se encuentra cooperando activamente; cabe destacar, que los dos usuarios que esbozaron las conductas de enfrentamiento ante una conducta de confrontación del terapeuta, se encontraban en la primera sesión y por tanto, pudiese deducirse que aún no habían establecido la alianza con el terapeuta hecho que promovió su deserción del programa

Por otra parte, sobresale la diada de Enseñar/Sin Resistencia, la cual se perfiló como la relación más fuerte y por tanto parece la conducta más deseable en el terapeuta para disminuir el nivel de resistencia en el usuario, asimismo, las diadas de Preguntar/Sin Resistencia y Estructura/Sin Resistencia elicitán de manera importante una conducta no resistente en el cliente situación que debe ser considerada por los terapeutas formados en el modelo; éstos hallazgos confirman lo reportado por Bischoff (1998) al respecto de que “la conducta de un usuario en un contexto terapéutico, puede ser predicha, en un grado modesto, por la conducta antecedente del terapeuta”, siendo las conductas antes mencionadas, como potenciales predictoras de conductas no resistentes en los usuarios.

Asimismo, cabe destacar las diferencias entre los terapeutas formados y los terapeutas en proceso de formación, siendo los primeros quienes lograron terminar el tratamiento completo con sus usuarios condición que no se cumplió con los terapeutas en proceso de formación cuyos usuarios desertaron después de la primera sesión. Al hacer un análisis de las relaciones presentes en ambos contextos, se identifica primeramente que, en el caso de los terapeutas formados, en ningún momento se esbozaron conductas resistentes en los usuarios como respuesta a sus conductas verbales; además, los terapeutas formados no presentaron conductas confrontativas con sus usuarios; por otra parte, se puede apreciar en el caso de los terapeutas en proceso de formación, esbozaron una gama más amplia de conductas que los terapeutas formados y estuvo presente la expresión de conductas resistentes en sus usuarios, siendo las más comunes las conductas de “Culpar” y “No Responder”, así como una amplia gama de otras respuestas resistentes, las cuales, aún cuando no alcanzaron los niveles de significancia requeridos en los promedios totales de la muestra, si se pueden observar en el análisis individual de cada terapeuta, hallazgos que coinciden con lo reportado por Stoolmiller, et al (1993) en el sentido de que los pacientes que presentan altos niveles de resistencia desde el inicio del tratamiento, tienden a abandonarlo o bien a fracasar en los objetivos de éste.

Un análisis particular merece la terapeuta con una formación médica, ya que las conductas más frecuentes que ésta esboza, varían al ser comparada con los terapeutas psicólogos restantes, siendo éstas las de Hablar y Preguntar, ambas facilitadoras de conductas no resistentes en el usuario tanto de la categoría “Sin resistencia” como de la categoría “Otras conductas asociadas al consumo de alcohol”, coincidiendo con lo reportado en la literatura por Bischoff (1998) al respecto de que conductas que faciliten el discurso del usuario tales como Preguntar para después Facilitar, tienden a decrementar los niveles de resistencia en el usuario.

Por otra parte, cabe resaltar que, al analizar las conductas esbozadas por los usuarios, se ratifica la importancia de las conductas de Enseñar, Preguntar y Estructura, ya que mantiene una conducta no resistente en el usuario, al seguir a un discurso no resistente en él.

De todo lo anteriormente mencionado se puede concluir que, en general, todas las categorías conductuales propuestas por Chamberlain, et al (1984) e incluidas en la adaptación del Código del Proceso Terapéutico para el Programa de Autocambio dirigido para bebedores problema, son pertinentes y deseables en los terapeutas y que su ocurrencia predice conductas no resistentes en los usuarios, por lo que se recomienda el entrenamiento de los terapeutas en éstas habilidades para lograr disminuir los niveles de resistencia en los usuarios que asisten al programa; asimismo se considera la pertinencia de la categoría de “Apoyo”, situación que se traduce en la necesidad de desarrollar más ampliamente ésta habilidad en los terapeutas formados en el modelo, para lograr que sean más empáticos con los usuarios, al reforzar positivamente con elogios sus aciertos y el cumplimiento de sus metas.

Por otra parte, se recomienda especial cuidado en la conducta de “Confrontar” de los terapeutas, ya que de estar presentes en ciertas condiciones, sobretudo al inicio del tratamiento, cuando los niveles de resistencia se encuentran más elevados, aumenta la probabilidad de que el usuario deserte del tratamiento.

Asimismo destaca que, cuando los usuarios presentan conductas de resistencia desde las primeras sesiones, se aumenta significativamente la probabilidad de que abandonen el tratamiento, hallazgo que correlaciona nuevamente con lo reportado en la literatura por Stoolmiller, et al (1993) y de lo cual se desprende la recomendación de identificar conductas resistentes en el usuario en etapas tempranas del tratamiento, para hacer cambios en el estilo del terapeuta, que se ajusten al momento de cambio en el que se encuentra el usuario así como aumentar la frecuencia de ocurrencia de conductas en el terapeuta, que tienen una alta probabilidad de elicitar conductas no resistentes en el usuario

Por otra parte, resaltan como características propias de los usuarios de alcohol las tendencias a Culparse, No responder y en algunas ocasiones conductas de Enfrentamiento, todas ellas resistentes y que aumentan la probabilidad de que deserten hecho que contrasta con las conductas de “Descalificar”, “Defenderse a si mismo”, “Agenda Propia”, en éste último caso, situación que puede estar relacionada con el hecho de que éste programa es una intervención breve directiva con objetivos específicos dentro de cada sesión los cuales deben de ser cumplidos. No obstante, se sugiere que cuando una conducta de resistencia sea expresada por el usuario, el terapeuta responda con una conducta no confrontativa y en su lugar exprese conductas verbales propias de las categorías “Enseñar”, “Preguntar” o “Estructura” las cuales tienen una alta probabilidad de elicitar una conducta no resistente, o bien de mantener conductas cooperativas en los usuarios.

En base a los resultados obtenidos, se acepta la Hipótesis alterna, ya que el Código del Proceso Terapéutico es un instrumento que permite identificar y evaluar la interacción entre el terapeuta y el usuario en el Programa de Autocambio dirigido para bebedores problema, por tanto se rechaza la Hipótesis nula.

Como parte de las limitaciones dentro del desarrollo de la investigación, resulta importante mencionar el hecho en si mismo de la deserción de los usuarios del tratamiento, es por ello que tres terapeutas de los cinco que conformaron la muestra, solamente pudieron ser grabados en una sesión de tratamiento ya que después de ésta, el usuario no regresó al programa y fue por lo que finalmente se decidió llevar a cabo el análisis ya que por espacio de cinco meses ésta situación se repitió pero se recomienda, en caso de desear replicar el estudio, una muestra más amplia de terapeutas y sesiones para que su nivel de confiabilidad aumente, no obstante consideramos que los resultados obtenidos de éste estudio los cuales dieron lugar al manual contenido en el Anexo 1, son por demás importantes y pueden dar lugar a un curso de capacitación cuyo objetivo sea el de desarrollar habilidades deseables en los terapeutas que deseen formarse en éste programa y cuya probabilidad disminuya el nivel de resistencia en el usuario hacia el cambio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Addiction Research Foundation. Directory of client outcome measures for addiction treatment programs. Addiction Research Foundation
2. Álvarez, R. V. Y cols., (1992). El perfeccionamiento de los Orientadores en ejercicio en el contexto de la Reforma: Una cuestión pendiente *QURRICULUM*, 5, 85-106.
3. American Psychology [APA] (1994) DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson
4. Andrews, S. (1991). The role of the advisory teacher in staff development. En L. Bell y C. Day (Eds). *Managing professional development of teachers*. Milton Kynes: Open University.
5. Arizmendi, I. G (1982) "The effects of value similarity and client locus of control on convergence and improvement". (dissertations abstracts International, 44 (06), 1950B (university microfilms No E9791- 1983-311)
6. Auld, F & White, M (1991) "Resolution of inner conflict: an introduction to psychoanalytic". (Washington DC: American Psychological Association).
7. Ayala, V. H. E; Cárdenas, L. G; San Vicente, E. L. y Gutiérrez, L. M (1998) *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. Ed. Miguel Angel Porrúa México, D F
8. Baekland, F; Lundwall L. (1975) Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin* 82 pp732-783
9. Bakeman R; Gottman J. (1989). Observación de la Interacción: Introducción al Análisis Secuencial. Madrid: Morato
10. Bandura, A. (1986) *Social Foundations of Thought and actino*. Eglewood cliffs, NJ: Prentice-Hall
11. Beck, C E. (1973) *Orientación Educativa Sus fundamentos filosóficos*. Buenos Aires: El Ateneo.
12. Benedetto, O. (1994) Por un modelo de formación de Orientadores. *Revista de Orientación Educativa y Vocacional*, V, 7, 9-22.
13. Berenzon, S., Medina-Mora ME, Carreño S., Juárez F., Rojas E., Villatoro J., (1995) Los Factores relacionados con el uso y el abuso de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. *Gaceta Médica Mexicana*.

- 14 Berruecos, L. ; Castro M E ; Díaz- Leal I; Medina- Mora M E. ; Reyes, P. (1994) "Curso básico sobre adicciones" Fundación "Ama la vida"
15. Basch, M. (1982) Behavioral and psychodynamic psychotherapies: Mutually exclusive or reinforcing?\_New York:Plenum Press, pp 187-196.
- 16 Bischoff, M; Tracey, I (1998). Client Resistance as a predicted by therapist behavior: A study of sequential dependence Journal of Counseling Psychology Vol 42 (4) pp 487-495
- 17 Blakely, C. H.; Mayer, J. P.; Gottschalk, R. G.; Schmitt, N.; Davidson, W S.; Roitman, D. B. & Emshoff, J. G. (1987) The fidelity-adaptation debate: Implications for the implementation of public sector social programs *American Journal of Community Psychology*. 15 3 253-268.
- 18 Brailowsky, S. (1995) "Las sustancias de los sueños" Ed Manual Moderno. México.
- 19 Bucci, W. (1982) "The vocalization of painful affect Journal of communication disorders" 15, 415-440.
- 20 Chamberlain, P. , Patterson, G, Reid, J. , Kavanagh K , Forgatch, M (1984). Observation of client resistance Behaviour Therapy (pp 144-155)
- 21 Chamberlain, P. , Patterson, G, Reid, J , Kavanagh. K. , Forgatch, M. (1984). "Observation of client resistance" Behaviour Therapy (pp 144-155).
- 22 Chamberlain, P. ,& Ray, J. (1988) The therapy process code: A multidimensional system for observing therapist and client interacciones in family treatment. (In R. J. Prinz (Ed) advances in behavioral assessment of children and families (vol 4, pp. 189-217.
- 23 Chamberlain, P. ,& Ray, J. (1988). "The therapy process code: A multidimensional system for observing therapist and client interacciones in family treatment". (In R. J. Prinz (Ed) advances in behavioral assessment of children and families (vol 4, pp. 189-217
- 24 Cogan, W., y Noble, E, (1997). Defining psychotherapy supervision and understanding supervisor functioning, in Handbook of Psychotherapy Supervision, edited by Watkins CE Jr. New York, Wiley, pp 3-10
25. Dane, V. A & Schneider, H. B. (1998) Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control?. *Clinical Psychology Review* 18 1. 23-45
26. Flay B.R Petraitis J , (1991). Metodological Issues in drug Use Prevention Research: Theoretical Foundations. En Leukefeld, Cg Ed Drug Abuse Prevention Intervention Research. Pp 81-109 Washington D. C.

- 27 Fuqua D R. y otros (1984). Cognitive methods in counselor training. *Counselor Education and Supervision*, 24, 85-95
28. Gavilan, D. J. y Ryan, D.C. (1986) Growth in supervision: stages of supervisee and supervisor development *The Clinical Supervisor*; 4: 51-67
29. Gavin, D R., Ross, H. E. y Skinner, H. A. (1989). Diagnostic Validity of the Drug Abuse Screening 1 Test in the Assessment of DSM – III Drug Disorders. *British Journal of Addiction* 84, 301- 307.
- 30 Gómez-Schwartz, B (1978) “Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables”. *Journal of consulting and Clinical Psychology* 46 1023-1035.
- 31 González Forteza C., Mariño, MA., Rojas E., Mondragón I., Medina-Mora, Ma. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la Ciudad de Pachuca Hgo. Y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias. *Revista mexicana de Psicología*. Vol 15, no 2, 165-175
32. Graff, H & Luborsky, I. (1977). “Long-term trends in transference and resistance: A quantitative analytic method applied to four psychoanalyses” (*Journal of the American Psychoanalytic Association* 25, 471-490
33. Greenson, R. r. (1967) “The technique and practice of psychoanalysis” (vol. 1) (New York: International Universities Press)
- 34 Hackney, H. (1990). *Changing context for Counselor preparation in the 1990s* Alexandria, VA: ACES-AACD
- 35 Harrar, W. R.; VandeCreek, L. y Knapp, S. (1990) Ethical and legal aspects of clinical supervision. *Professional Psychology Research and Practice* 21. 1 37-41
- 36 Henggeler, S.W ; Melton, G B ; Brondino, M.J.; Scherer, D G. y Hanley, J.H. (1997) Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65 2 821-833
- 37 Hill, C. E., Corbett, M. N., Kanitz, B Rios, P (1992). “Cliente behavior in counseling and therapy sessions:Development of a pantheoretical sessions” (*Journal of counseling Psychology*, 39, 539-549).
38. Hops, Tildesley, Lichtenstein, Ary y Sherman (1990) Parent-adolescent problem solving interactions and drug use. *Am J. Drug Alcohol Abuse*, 16, pp 239-258
39. Howey, K. (1985). Six major functions of staff development: An expanded imperative. *Journal of Teacher Education*, 36, 1, 58-64.

40. Husband, S D., Marlowe, D. B., Lamb, R. J., Iguchi, M. Y., Bux, D. A., Kirby, K. C. y Platt, J. J. (1996). Decline in Self Reported Dysphoria after Treatment Entry in Inner-city Cocaine Addicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 221-224
41. Juárez, F.; Medina-Mora, (1998) "Antisocial Behavior: Its relation to selected Sociodemographic Variables and Alcohol and Drug Use among mexican students". *Substance Use and Misuse*, 33 (7), 1437-1459.
42. Kaplan, C. D., Hush, J. A. y Bieleman, B. (1994) The Prevention of Stimulant Misuse. *Addiction*, 89, 1517-1521
43. Krinskern, R. D., y Gurman, A. E., (1997). "Systemic cognitive-developmental supervision: a developmental-integrative approach to psychotherapy supervision, in *Handbook of Psychotherapy Supervision*" edited by Watkins CE Jr New York, Wiley, pp 223-248.
44. Lambert, M. DeJulio, S. S. & Stein, D. M. (1978) "Therapists interpersonal skills: Process, outcome, methodological considerations and recommendations for future research". *Psychological bulletin* 1978, 85 467-489.
45. Lorenzo, P.; Ladero, J. M.; Leza, J. C.; Lizasoain, I. (1998). Drogodependencias. Madrid: Médica-Panamericana
46. Lowell B., (1996) "Childhood Sexual Victimization as a factor in the Treatment of substance Misusing Adolescents". *Substance use & Misuse*, 3 (8) 1015-1039
47. Medina-Mora, ME "Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición". En: *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. R. Tapia (Ed). México, Manual Moderno, 1994, pp 25-55
48. Medina -Mora ME, Villatoro J, López E, Berenzon S, Carreño S, Juárez F, (1995). Factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes. *Gaceta Médica de México*, Vol 131 No 4 pp 383-393 (en prensa)
49. Miller, F. W. (1971) *Principios y servicios de Orientación Escolar*. Madrid: Magisterio Español, S. A.
50. Miller R (1985) Motivation for treatment: A review for special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin* Vol 98 pp 84-107.
51. Miller, N. S. (1991). *Comprehensive handbook of drug and alcohol addiction*. Marcel Dekker, Inc. New York.

52. Needle, R. ; (1998) "HIV Risk Behaviors Associated with the Injection Process: Multiperson Use of Drug Injection Equipment and Paraphernalia in injection Drug Use Networks" *Substance Use and Misuse*, 33(12), 2403-2423
53. O'Brien, C. P. (1994). Overview: The Treatment of Drug Dependence. *Addiction*, 89, 1565-1569.
54. Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10.
55. O'Dell (1982) "Enhancing parent involvement training: A discussion". *The behavior therapist* 5 9-13.
56. Papalia, E (1988) "Desarrollo humano". ED. Mc Graw Hill. México
57. Patterson, G. R. (1982) "Coercive Family process" (Eugene, OR: Castalia).
58. Patton, M. & Meara, N. M. (1992) "Psychoanalytic counseling" (New York: Wiley)
59. Posner, S. ; (1996) "The Acquisition and Maintenance of Safer Sexual Behaviors among Injection Drug Users" *Substance Use & Misuse*, 3(14), 1995-2015.
60. Rhodes, I. (1996) "Sex, Drugs, Intervention, and Research: From the Individual to the Social". *Substance use & misuse*, 31 (3), 375-407.
61. Rocha M ; Romero, A "Características de bebedores problema que abandonan un tratamiento" Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, 1996
62. Rodríguez Moreno, M.L. (1985). Problemática y tendencias actuales en la formación de Orientadores. En *Actas del I Congreso de Orientación Escolar y Profesional ante la reforma de las Enseñanzas Medias y el empleo juvenil* Madrid: MEC/INEM.
63. Sack, R. I. (1988). "Counseling responses when clients says "I don't know". (*Journal of Mental Health counseling*, 10, 179-187).
64. Schindler, N. J. y Talen, M. R. (1994) Focus supervision: Management format for supervision practices *Professional Psychology: Research and Practice* 25. 3. 304-306.
65. Schmidt, J.J. (1984). School counseling: Professional directions for the future *The School Counselor*, 31, 385-392
66. Secretaría de Salud (1990) Dirección General de Epidemiología Instituto Mexicano de Psiquiatría. Encuesta Nacional de Adicciones. Alcohol México.

- 67 Secretaría de Salud (1994) Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría Encuesta Nacional de Adicciones. Alcohol. México.
68. SSA – Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (1999). El consumo de drogas en México: diagnóstico, tendencias y acciones México
69. Saltstone, R., Stanley, H y Maureen, A. H. (1994). A Multivariate Evaluation of the Michigan Alcoholism Screening Test and the Drug Abuse Screening Test in a Female Offender Population *Addictive Behaviors*, 19 (5) 455 – 462
- 70 Selzer, M L. (1971) The Michigan Alcoholism Screening Test: The Quest for a New Diagnostic Instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127(12) 1653 – 1658
- 71 Skinner, H A (1982). The Drug Abuse Screening Test *Addictive Behaviors* 7, 363 – 371
72. Skinner, H A Y Goldberg, A. E. (1986) Evidence for a Drug Dependence Syndrome among Narcotic Users *Journal of Addiction*, 81, 479 – 484
73. Sobrado, F. L. (1996). Formación y profesionalización de orientadores: modelos y procesos. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa. Volumen 2. Número 22 ISSN 1134-4032 // D.L. SE-1138-94
74. Staley, D. y El – Guebaly, N (1990). Psychometric Properties of the Drug Abuse Screening Test in a psychiatric patient population *Addictive Behaviors*, 15, 257 – 264
- 75 Stoolmiller M; Duncan I; Bank L; Patterson G (1993) “Some problems and solutions in the study of change significant patterns in client resistance” *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 61 No 6, pp 920-928.
- 76 Small, J.J y Manthei, R.J. (1988) Group work and counselor training: research and development in one programme. *British Journal of Guidance and Counseling*, 16, 33-49.
- 77 Strunin, I ; (1999) “Alcohol use and Sexual Behavior among Black Adolescents” *Substance Use & Misuse*, 34 (12) 1665-1687
78. Tracey, I J (1985) Dominance and outcome: A sequential examination. *Journal of counselling Psychology*, 32, pp 119-122.
- 79 Waltz, J, Addis, M E, Koerner, K y Jacobson, N. S., (1993) Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61. 4. 620-630

- 80 Watkins, C E (1997) Psychotherapy supervision in the 21st century: Some pressing needs and impressing possibilities *Journal Psychotherapy Practice Research* 7 93-101.
- 81 Watts, A G (1992) *Perfiles profesionales de los consejeros de Orientación en la Comunidad Europea Informe de síntesis* Berlín: CEDEFOP.
- 82 Watts, A G y otros (1996). *Rethinking careers and vocational guidance*. Londres: Routledge.
- 83 Weisz, C (1996) Social Identities and Response to Treatment for Alcohol and Cocaine Abuse *Addictive Behaviors* 21 (4), 445-458.
- 84 Zeichner, K M (1983). Alternative paradigms of teacher education *Journal of Teacher Education*. XXXIV, 3, 3-9

# ANEXO 1

**Código del proceso terapéutico: Adaptación de un sistema multidimensional para evaluar la interacción del terapeuta y el usuario en un programa de Autocambio dirigido para bebedores problema.**

**Patricia Chamberlain, J.P. Davis, Marion Forgatch, Janice Frey, G.R. Patterson, Judy Ray, Alice Rotchschild, and Joanne Trombley**

**Oregon Social Learning Center, Eugene, Oregon.**

**Traducción: Sergio Galán; Roberto Oropeza; Citlalli Pérez de la Barrera; Francisco Pedroza.**

**Adaptación por Citlalli Pérez de la Barrera, Héctor E. Ayala Velázquez**

## Tabla de contenido

### 1. Introducción al código del proceso terapéutico

### 2. Código del terapeuta

Apoyo/Empatía 14  
Enseñar 15  
Búsqueda de información/preguntas 16  
Estructura 17  
Confrontar/Desafiar 18  
Hablar 10  
Facilitar 62

### 3 Código del Usuario

Enfrentamiento /desacuerdo 25  
Desesperanza/culpar/quejarse 35  
Defenderse a si mismo 36  
Salirse del tema/salirse de la agenda 45  
No responder/ No contestar 55  
Descalificar 56  
Sin resistencia 12  
Otras conductas asociadas al consumo de alcohol 13  
Reglas precedentes

## INTRODUCCIÓN

### Descripción

El TPC es un sistema de observación diseñado para medir las conductas del cliente y el terapeuta durante las sesiones de tratamiento. Dos contenidos de códigos son usados: uno describe las verbalizaciones del cliente y el otro describe las verbalizaciones del terapeuta.

### Códigos de contenido del cliente

Cada verbalización del cliente es clasificada como cooperativa con la situación planteada por el terapeuta, o dentro de una de las seis categorías que describen varios tipos de resistencia del cliente. Estas resistencias son: 1) Enfrentamiento/desacuerdo, 2) Desesperanza/ culpar, 3) Defenderse a si mismo, 4) Salirse del tema/ salirse de la agenda, 5) No responder/no contestar, 6) Descalificar 7/Sin resistencia y 8/Otras conductas asociadas al consumo de alcohol. Si las verbalizaciones del cliente bloquean, desvían o impiden la situación planteada por el terapeuta, una de las seis categorías de resistencia es usada. Una categoría describe la conducta cooperativa o de no resistencia y una más las conductas asociadas a ese consumo de alcohol, considerada como no resistente.

### Códigos de contenido del terapeuta

Las verbalizaciones del terapeuta son clasificadas dentro de una de las ocho categorías mutuamente excluyentes y con una descripción exhaustiva de la actividad verbal del terapeuta. Estas son: 1) Apoyo/Empatía 2) Enseñar, 3) Búsqueda de información/preguntas, 4) Estructurar, 5) Confrontar/ desafiar, 6) Hablar y 7) Facilitar.

### Propósito

Esta medida fue diseñada para cuantificar momento a momento la interacción del terapeuta y el cliente en el contexto del entrenamiento a padres para familias de niños y adolescentes referidos como opositoristas o con desórdenes de conducta. Trabajos previos muestran que en la terapia un 70% de las familias muestran al menos alguna forma de resistencia (O'Dell, 1982) al entrenamiento a padres. En los pasados 5 años el rol del terapeuta "suave" de las habilidades clínicas en la implementación exitosa del entrenamiento a padres ha incrementado su atención en la literatura (Griest, Forehand, Rogers, Breiner, Furey y Williams, 1982; Patterson, 1984). Estudios previos examinan estas

variables así como las características del cliente, pueden haber sido impedidas por una confianza de las escalas globales como la fuente de datos primaria

Dado que es factible medir las conductas de resistencia del cliente momento a momento sesión a sesión, es posible examinar empíricamente la relación entre varias actividades del terapeuta y resistencias del cliente. Porque la secuencia de conductas es registrada en el TPC, es posible examinar un número de situaciones en la interacción social en el proceso terapéutico (¿ciertas reacciones inmediatas del terapeuta a la resistencia del cliente incrementan o reducen la probabilidad de que una secuencia de las conductas de resistencia continuaran?)

### **Desarrollo**

Este código fue desarrollado como consecuencia en el interés en la pregunta: ¿Qué determina las diferencias individuales entre las familias en su respuesta al tratamiento?. Después de ver cientos de horas videograbadas de los casos en que se falló, el constructo pivote fue pensar en la resistencia del cliente, dentro de la sesión (desacuerdos del cliente con el terapeuta que impedían la dirección en la cual el terapeuta se estaba moviendo) y entre sesiones (fallas del cliente en realizar la tarea). La resistencia del cliente al entrenamiento a padres refleja el resultado de dos conjunto de variables; uno es producto de la sesión por el cliente y el otro es producto del terapeuta. Fue al final del estudio que se desarrollo el Código del Proceso Terapéutico, de aquí el interés en llevar a cabo la adaptación de éste al programa de Autocambio dirigido para bebedores problema, de tal forma de poder analizar la interacción entre el terapeuta y el usuario en dicho contexto, mediante el registro de las conductas verbales de ambos y así poder identificar las habilidades del terapeuta que facilitan el cambio en el usuario o bien que elevan sus niveles de resistencia hacia éste .

## Código del terapeuta

### 14. Apoyo

- a) Parafrasear
- b) Reforzamiento
- c) Acuerdo
- d) Humor
- e) Empatía
- f) Auto apertura
- g) Apoyo
- h) Reunir
- i) Llenar
- j) Disculpas
- k) Cumplidos/ agradecimientos
- l) Apoyo a desacuerdos

### 15. Enseñar

- a) Instrucciones
- b) Comandos
- c) Sugerencias
- d) Dar razones
- e) Solución de problemas
- f) Repaso de las asignaciones

### 16. Preguntas/ búsqueda de información

- a) Preguntas
- b) Búsqueda de información
- c) Clarificación

### 17. Estructura

Estructura  
Resumen

### 18. Confrontar/ desafiar

- a) Desacuerdo
- b) Incredulidad
- c) Desaprobar
- d) Confrontación directa
- e) Desafiar
- f) Sarcasmo
- g) Desafío o confrontación indirecta

10. Hablar

62. Facilitar

## 14. Apoyo/ Empatía

Las respuestas positivas hacia el usuario que muestran calidez, humor, entendimiento, y/o estimulación. A continuación se presenta un subconjunto de esta conducta.

### Componentes básicos

- a) Parafrasear: Recapitular lo que el usuario ha dicho como una forma de clarificar o demostrar entendimientos: al pie de la letra, usando palabras significativas del usuario, o capturando la esencia de las palabras del usuario.  
Ejemplos:  
Usuario: "A raíz de que empecé a tomar más he empezado a tener cada vez más problemas con todo en mi vida..."  
Terapeuta: "Sí comprendo, usted quiere decir que su forma de consumir alcohol le está acarreado problemas en diversas áreas de su vida" (14)
- Excepciones:
- a) Si el resumen altera el significado que el cliente ha dicho, se codifica 19 (interpretar)
  - b) Parafrasear las culpas los errores, etc de la persona el terapeuta esta hablando de, es codificado 18 (confrontar/ desafiar)
- b) Reforzamiento: 1) Hablar acerca de los progresos o éxitos del usuario  
2) Puntualizar los atributos positivos del cliente, acciones o características.  
3) Comentarios positivos hacia los gustos del usuario  
4) Si el terapeuta dice "Bueno" en respuesta a algunas cosas que el usuario ha dicho o está sintiendo.  
Ejemplos:  
Usuario: "Aquí está mi autoregistro de la semana pasada" (entregando el automonitoreo al terapeuta).  
Terapeuta: (lo revisa y expresa) "Lo felicito, ésta semana usted pudo controlar su consumo y cumplir con la meta que se había fijado"(14).
- c) Acuerdo: Comentarios que indiquen que el terapeuta esta de acuerdo con el usuario.  
Ejemplos:  
"De acuerdo", "definitivamente", "si, eso es verdad", "ya veo"  
Usuario: "Creo que estoy bebiendo demasiado".  
Terapeuta: "Definitivamente" (14)

**Excepciones:**

Acuerdos que algunas veces son tomados negativamente, pero son codificados como 14 si esto es indicativo de un acuerdo.

Usuario: "A veces siento que no seré capaz de controlar mi consumo de alcohol".

Terapeuta: "Sí, ya veo.." (14)

Si estos comentarios se dan mientras el usuario esta hablando, se codifica 62 (facilitación). Sin embargo, si existe una pausa entre que el usuario habla y el terapeuta remarca se codifica 14

**d) Humor:**

Comentarios que intentan ser graciosos, o producen un lado cómico de la situación o la conversación. Estos intentan desviar algo muy difícil

Esta categoría incluye oraciones acompañadas por risas que son aún remotamente humorosas que no son hostiles para el cliente.

Usuario: "La verdad es que empecé a tomar desde que estaba en la secundaria y desde entonces ya no he podido parar".

Terapeuta: "Bueno es importante recordar que el inicio en este tipo de hábitos comienza frecuentemente en la alcoholescencia" (risas . 14)

**Excepciones:**

18 (confrontar/ desafiar) se codifica si la oración manifiesta hostilidad. Cuando se titubea se codifica 14

**e) Empatía:**

1) Comentarios que indican apoyo o entendimiento de los sentimientos, emociones, situación o perspectiva del usuario.

**Ejemplos:**

Usuario: "Me está costando mucho trabajo controlar mi consumo"

Terapeuta: "Lo entiendo, usted había consumido durante muchos años de ésta manera, yo se que es difícil modificar éste habito, pero es posible si usted así lo desea"(14).

**Excepciones:**

Cuando se duda si un comentario es el entendimiento de un sentimiento o se lee la mente se codifica 14

2) Oraciones personales referentes al usuario

3) Cuando el usuario esta hablando y el terapeuta hace comentarios compasivos tal como "oh no" (14).

Usuario: "Me da pena enseñarle mi autoregistro de la semana pasada, no sé que va a pensar de mí si ve cuanto he tomado".

Terapeuta: "Oh no, yo no lo voy a juzgar por su consumo de alcohol" (14)

g) Apoyo: Remarcar lo que el usuario espera y que cambios puede lograr. Esto tiende a ocurrir de dos formas.

Ejemplos:

1) "Usted puede hacerlo" (14)

2) "Usted puede --o este programa puede- ayudarle" (14)

h) Completar: Completar las palabras que el usuario intenta decir, indicando que el terapeuta localiza cuidadosamente y la completa con el usuario. Se codifica mientras el usuario continua hablando, 14 tiene precedencia sobre 62 (facilitar)

Ejemplos:

Usuario: "Cuando tomo con mis cuates y regreso a la casa cayéndome y mi esposa me reclama me siento muy muy . . ."

Terapeuta: "culpable . ." (14)

Usuario: "Sí exactamente, me siento culpable por hacer esto . . ."

j) Disculpas: Ejemplos:

Terapeuta: "Yo sé que no le gustaría hacer esto, (14) pero necesita (15) evitar reunirse con los amigos que acostumbraba consumir frecuentemente porque recuerde que ya analizamos que ésta es una situación de riesgo para usted" (15).

k) Cumplidos/ agradecimientos: Cumplidos que el terapeuta hace acerca del usuario y oraciones de agradecimiento tales como: "gracias", "es bonito", etc.

l) Apoyo a desacuerdos: Oraciones hechas por el terapeuta que están en desacuerdo con el usuario en forma de apoyo

Ejemplos:

Usuario: "Pienso que seré capaz de vencer la tentación de emborracharme aún cuando acompañe a mis amigos al bar el próximo sábado"

Terapeuta: "No dudo que lo intente, pero yo creo que finalmente será más difícil para usted aprender a controlar su consumo de ésta manera" (14)

## 15 Enseñar

Esta categoría es usada como instrucción, decirle al usuario que hacer o como hacerlo. También para revisar las asignaciones; especialmente cuestiones acerca de cómo se trabajó la asignación.

### Componentes básicos

a) Instrucciones: Dar información acerca de los efectos del alcohol en el cuerpo, las consecuencias a largo plazo de la ingesta de alcohol, y otros asuntos relacionados con el tratamiento.

Ejemplos:

Terapeuta: "Es importante recordar, que nuestro hígado es sólo capaz de metabolizar una copa por hora, así que cuando se sobrepasa ésta medida, debemos de tener en cuenta que estamos forzando a nuestro organismo a hacer un esfuerzo que a la larga se traduce en el desarrollo de enfermedades más severas"

b) Comandos: Son direcciones que se le dan a la persona dentro y fuera de una sesión. Decirle a una persona que hacer. Estas pueden ser de forma directa o indirecta.

Directos: Estos requieren una respuesta dentro de la sesión.

Ejemplos:

Terapeuta: "Tiene que llenar éste registro todos los días y traerlo cada semana, exista o no el consumo, señalar en que circunstancias y lugares si es que se llega a presentar, así como anotar el tipo de bebida y la cantidad de copas que consuma...tiene alguna duda?" (15)

Usuario: "No, me queda claro".

Ejemplos:

Indirectos: Son direcciones fuera de las sesiones, asignaciones o instrucciones dadas por el terapeuta.

Ejemplos:

Terapeuta: "Esta semana me gustaría que hiciera..." (15)

c) Sugerencias: Son comentarios en donde se dice al usuario que hacer, pero estos son más velados que los comandos.

1) Hablar acerca de cosas que podría hacer; listando las posibilidades

Ejemplos:

Terapeuta: "Una forma de controlar el número de copas que se va a tomar podría ser el pedirle al mesero que le traiga un vaso de refresco intercalado con cada copa de alcohol ...no le parece? (15)

Excepciones:

Cuando la sugerencia se da de un modo sarcástico, se codifica 18. (confrontar) no se codifica doble con 15 (enseñar)

- d) Dar razones:
- 1) Dar explicaciones de cómo se trabaja una técnica o procedimiento. Apoyar las direcciones con datos o información suplementaria, incluyendo información sobre el consumo de alcohol, sus consecuencias en el organismo, etc.
  - 2) Incluir explicaciones de por qué usar una cierta técnica y por qué es efectiva

Ejemplo:

Terapeuta: "El balance decisional es muy importante ya que permite identificar los pros y contras de seguir consumiendo así como de cambiar su forma de beber, después de llevarlo a cabo, será más fácil para usted tomar una decisión " (15)

- e) Solución de problemas: 1) Sugerencias en forma de preguntas, que hace referencia a que hacer acerca de un problema.

Ejemplos:

Terapeuta: "Si usted ya ha sido capaz de moderar su forma de beber, no sería más adecuado optar por la meta de moderación ya que anteriormente lo ha logrado?

No ejemplos:

Terapeuta: "¿ Que ha hecho para no beber esta semana ? (16)

- 2) Preguntar una solución a un problema. Si se tiene duda si se está preguntando para dar solución a un problema o si solo se pregunta, se codifica (16)

Ejemplo:

¿Ha intentado dejar de consumir alguna vez?" (16)

No ejemplo:

¿Qué hace cuando siente deseos de consumir?" (16)

- f) Revisión de las asignaciones: Revisión neutral de las asignaciones. Oraciones o preguntas hechas por el terapeuta que son positivas, o juzgadas son codificadas 14 o 18.

Terapeuta: "Veo que usted consumió 4 días en la semana pasada" (15).

## 16. Búsqueda de información/ Preguntas

Preguntas que requieren una respuesta. Palabras en forma de interrogación son un punto primario para esta categoría. Clarificación de comentarios que llevan al usuario a dar información, aunque no se halla hecho como un a pregunta. Una oración es solo codificada 16 si puede ser codificada en cualquier otra de las categorías, con excepción de hablar. 16 toma precedencia sobre hablar.

### Componentes básicos

- a) Preguntas: Palabras en forma interrogativa, tales como: quien, como, cuando donde, por qué, etc. Son frecuentemente pero no necesariamente asociadas con 16.  
Ejemplos:  
Terapeuta: ¿Cuántas copas estándar esta bebiendo por ocasión? (16)
- b) Búsqueda de información: Direcciones que requieren que el usuario de más información, clarifiquen o expandan un tópico.  
Ejemplos:  
Terapeuta: "Dígame más acerca de eso" (16) (no se codifica como un comando, ya que tiene la misma función que una pregunta)  
Terapeuta: ¿Cuáles son sus reservas acerca proporcionarme el nombre de dos personas que puedan fungir como colaterales al final del tratamiento? (16)
- c) Clarificación: 1) Comentarios que llevan al usuario a dar información.  
2) Incluyen oraciones especulativas por el terapeuta cuando el terapeuta esta tratando para poner los hechos juntos o para clarificar una respuesta del usuario.  
Ejemplo:  
Terapeuta: "Dígame más acerca de eso" (16)

## 17 Estructura

Estructura es cuando el terapeuta establece los objetivos de la sesión, dirige o cambia el curso de ésta o lleva al usuario a un tópico de discusión específico dentro de la sesión. También aplica para los resúmenes de las sesiones o el tratamiento en general.

- a) Estructura: 1) Consiste en dirigir la conversación o las reglas del lugar de cómo la sesión procederá.  
2) Direcciones que cambian la dirección de la conversación o de la terapia

Ejemplos:

Terapeuta: "En esta sesión vamos a revisar las razones para cambiar su consumo de alcohol, así como el balance decisional y la meta, empecemos con sus razones, dígame cuales ha anotado ." (17).

b) Resumen: 1) Presentar concisamente lo que se dio en algún punto inicial en la terapia.

Ejemplo:

Terapeuta: "En esta sesión aprendimos a seleccionar una meta orientada hacia la moderación, que en una reunión va a tomar solo 4 copas por hora y solo bajo circunstancias en las que se sienta tranquilo, contento y no beberá cuando se sienta ansioso o deprimido, además analizamos los beneficios y costos de su consumo de alcohol así como de cambiarlo que le dará mayor control sobre su vida y evitará los conflictos con la familia" (17).

## 18. Confrontar desacuerdo/ desafiar

Esta categoría incluye conductas que tienden a empujar al usuario, tales como: desacuerdo, desaprobación, negativismo, sarcasmo, comentarios hostiles y desafío. Estos comentarios no deben ser vistos con una connotación hostil. Estas pueden ser oraciones neutrales los cuales indican desacuerdo, etc.

### Componentes básicos

a) Desacuerdo: 1) Son comentarios que realiza el terapeuta que no refieren acuerdo con lo que ha dicho o hecho el usuario respecto algún punto de vista. A diferencia del acuerdo, el cual debe ser codificado durante una pausa, un simple "NO" del terapeuta cuando esta hablando el usuario, es codificado 18 si este es un desacuerdo. Corregir un mal entendimiento no es un desacuerdo, pero se codifica 15 (enseñar/ estructurar)

3) El desacuerdo incluye todas las oraciones que proveen una racionalización de por qué el terapeuta no concuerda o de por qué no funcionará

4) Los desacuerdo que son neutrales o se basan en hechos también se codifican 18

Ejemplos:

Terapeuta: "No considero que sea recomendable la meta que usted ha elegido referente a la moderación, considerando su problema de hígado" (18).

- b) Incredulidad: Actuar incrédulamente alrededor de lo que el usuario ha dicho o hecho. El tono de voz frecuentemente es importante. Reírse de algunas cosas de lo que el cliente dice o hace
- Ejemplos:  
 Usuario: "Fijese que el sábado fui a una reunión y no pude evitar beber".  
 Terapeuta: "¿En verdad piensa no pudo haber evitado consumir en esta reunión?(18)
- c) Desaprobar: 1) Resaltar de manera directa una característica negativa o defecto del usuario o de su conducta, o comentar algunas cosas en las que el usuario se ha equivocado.  
 3) Parafrasear cuando el usuario admite que falló o que falló en algunas cosas de su ejecución.  
 Ejemplos:  
 Terapeuta: "Me parece que está bebiendo demasiado"(18)
- d) Confrontación directa: Agarrar al usuario en una disputa directa. Se incluyen los regaños.  
 Ejemplos:  
 Terapeuta: "Creo que la actitud que está tomando es muy negativa, y no le va a beneficiar para resolver este problema" (18)
- e) Desafío: Incitar al usuario a tomar acción, aventurar a alguien a tomar acción.  
 Ejemplos:  
 Terapeuta: "¿Por qué no se prueba a usted mismo que es capaz de controlar su consumo de alcohol y empieza a llevarlo a cabo desde el día de hoy evitando ir al bar cuando sus amigos del trabajo lo inviten al final del día?" (18).
- f) Sarcasmo: Dentro del contexto –tono o estilo- el enojo del terapeuta puede ser indicado  
 Ejemplos:  
 Usuario: "El sábado me emborraché otra vez y al otro día no me podía ni levantar ."  
 Terapeuta: Pero no es tan insoportable la cruda como para dejar de consumir de esa manera, verdad? (18)
- g) Desafío directo o confrontación: 2) Forzar al usuario a elegir el curso de acción que debe tomar.  
 Terapeuta: "Solamente usted puede decidir sobre lo que es mejor para usted, así que dígame que es lo que va a hacer con este problema". (18)

## 10 Hablar

Esta categoría es básicamente un código que sirve como cesto de papeles para todas las conductas no codificables del terapeuta en otra categoría.

### Componentes básicos

- 1) Es codificada cuando el terapeuta empieza a decir algo pero no completa una conducta codificable.
- 2) Hablar es codificada para verbalizaciones ininteligibles Verbalizaciones ininteligibles son comentarios que no pueden ser entendidos después de haber sido escuchados tres veces. Conversaciones acerca del café, tiempo, estacionamiento, etc Son codificadas con el número 10 Hablar acerca de la próxima cita es codificada con 17.
- 3) Hablar de terapeutas, si no es acerca del usuario, o la terapia.  
Ejemplos:  
Terapeuta: "Nos vemos la próxima semana a las 6:00?" (17)  
Usuario: "Sí de acuerdo" (12)  
Terapeuta: "Está bien" (14)

## 62 Facilitar

Esta categoría es utilizada cuando el terapeuta está básicamente escuchando al usuario, pero haciendo expresiones cortas para indicar que está prestando atención, y que la otra persona debe continuar hablando.

- 1) Facilitar es codificada solo si esta ocurre cuando el usuario tiene la palabra. No se codifica si ocurre durante pausas de tres segundos o más en la conversación. Nunca se codifica doble.
- 2) Facilitar puede sostener suavemente la plática del cliente.
- 3) Cuando el terapeuta escucha atentamente al usuario al hacer referencia a conductas o situaciones asociadas al consumo del alcohol, no habiendo existido un comando o asignación previa que esté desviando el curso marcado por el terapeuta dentro de la sesión

Ejemplos:

"Umhmmmm" , "ya veo"

Cuando se este en duda entre 14 y 62, codificar 14.

Cada vez que el usuario continúe hablando y el terapeuta diga "Umhmmmm" , "ya veo"

Terapeuta: "Dígame, como le fue la semana pasada?"

Usuario: "Pues no muy bien ...verá he tenido un problema en el trabajo, mi jefe me está presionando mucho y me quiero cambiar de área, la verdad es que me he sentido muy ansioso y me entran mas ganas de tomar ...".

Terapeuta: "ya veo..." (62)

\*Excepción: "Correcto" "Sí" "De acuerdo", porque dichas expresiones pueden fungir como reforzadores positivos a las verbalizaciones emitidas por el usuario, sin que esto necesariamente aplique al caso\*(dicho sarcásticamente, cuando es un desacuerdo, es codificado con 18).

## Código del Usuario

1. Enfrentamiento/cambio/quejarse/desacuerdo 25
  2. Desesperanza/culpar/quejarse 35  
a) Culpa/queja/chisme
  3. Defenderse de si mismo 36
  4. Salirse del tema/salirse de la agenda 45
  5. No responder/ No contestar 55
  6. Descalificar 56
  7. Sin resistencia 12
  8. Otras conductas asociadas al consumo del alcohol 13
- Reglas precedentes

## 25. Enfrentamiento, cambio, quejarse, desacuerdo (no haré.....)

25 es codificado si el contenido de los señalamientos del usuario indican insatisfacción con la terapia y/o el terapeuta, y/o desacuerdos con el terapeuta. Declaraciones pueden ser señalamientos solicitados o no solicitados del usuario. 25 también es codificado si el cliente no acata una asignación asentada por el terapeuta

### Componentes básicos

1 Comentarios indicando que el cliente no cree que el terapeuta conoce lo que él está haciendo y/o y no piensa que el terapeuta puede ayudar al usuario, o está poniendo al terapeuta en su lugar.

Ejemplo: "Si cree que esto va a funcionar, está loco". (25)

2. Quejas acerca del terapeuta, el tratamiento, etc

Ejemplo: "Este tratamiento es una pérdida de tiempo, no está funcionando conmigo" (25)

3. Desacuerdos con las declaraciones o sugerencias del terapeuta. Nota: Correcciones simples de un hecho, no son codificadas como desacuerdos

Noejemplo:

Terapeuta: "Tu dirección es Av. Universidad 335 interior 4?" (16)

Usuario: "No, es interior 5 " (12)

Desacuerdos también incluyen, "sí, pero. ." una declaración.

4. Código categoría 25 no incluye quejas y señalamientos negativos acerca de otros puntos, personas, etc.

5 El código 25, incluye todas las declaraciones que proporcionan la razón por las cuales una persona está en desacuerdo con el terapeuta

Ejemplo:

Terapeuta: "Es importante que recuerde que nuestro hígado sólo es capaz de metabolizar una copa de alcohol por hora" (15)

Usuario: "Sí, pero yo tomo mucho más que eso y nunca me he enfermado" (25)

6. El código 25 también es codificado para conductas no verbales y no obedientes. Estas conductas deben ocurrir siguiendo una directiva por el terapeuta.

Ejemplo:

Terapeuta: "Me pude proporcionar su registro de consumo de la semana pasada por favor" (17)

Usuario: "No lo traje" (25)

\*\*\*Código 25 tiene precedencia sobre el código 35.

Ejemplos

Usuario: Esto no es psicológico, o sí? (25)

"Si usted piensa que esto va a funcionar, está loco". (25)

"Esto es estúpido" (25)

"Tenemos que hacerlo?" (25)

"La semana pasada, yo me molesté mucho por lo que dijo". (25)

Terapeuta: "¿Entonces nos vemos la semana próxima?" (16)

Usuario: "No no voy a poder asistir..."(25).

**No aplica**

Terapeuta: " Las 4:30, le parece una buena hora para reunirnos la próxima semana?" (17)

Usuario: "No, es difícil para mí estar aquí a esa hora, no podría ser más tarde?..." (12)

## 35 Desesperanza, culpa, queja (No puedo...)

Esta categoría incluye declaraciones de naturaleza del "No puedo". Hay básicamente tres componentes del código 35, desesperanza, culpar, quejarse.

### Componentes básicos

1 Declaraciones indicando una incapacidad del usuario para cambiar. Incluye declaraciones de condiciones prolongadas, repetitivas, derrotistas o negativas, plática repetitivas acerca de enfermedad o desesperanza o declaraciones autorecriminales

2 Estas declaraciones pueden ser solicitadas o no solicitadas para ser codificadas con 35. De cualquier forma, para codificar la respuesta de un usuario para una declaración solicitada o pregunta, se debe codificar la primera declaración hecha por el usuario con un código noresistente (12), después, si el usuario sigue adelante en un estado de desesperanza, se puede codificar 35. La clave aquí es que la respuesta a una pregunta debe ser prolongada en orden al código 35. Así que es necesario poner extrema atención cuando la respuesta del usuario no es noresistente (12) si no más bien de desesperanza (35).

Ejemplo:

Terapeuta: "Así que las cosas no mejoran? (16)

Usuario: "Yo creo que no estoy bebiendo más ahora que antes del tratamiento" (35)

3 35 Incluye declaraciones de una naturaleza violenta o derogativa

Ejemplo:

Terapeuta: ¿Porqué ha señalado un 50% en su confianza para dejar de beber?

Usuario: "Porque no me quiero hacer muchas ilusiones, porque soy muy débil y sé que va a ser muy difícil dejar de consumir me gusta mucho el vino".

## Componentes básicos

### Culpa/Queja: chisme y queja

1. Declaraciones punitivas, son declaraciones que culpan a otros por el presente, pasado y dificultades anticipadas. La culpa es codificada para personas que están fuera de la sesión de terapia (otros miembros de la familia, jefes, vecinos, policía, etc.)
2. Declaraciones de queja, son declaraciones que atribuyen la fuente del problema de uno a alguien más, o a algo más, sin quejarse explícitamente de esta
3. Declaraciones que son culpas o quejas pueden ser solicitadas o no solicitadas. De cualquier forma, si la declaración es solicitada por el terapeuta, el usuario primero tiene que obtener un código que sea noresistente (12) si el o ella responde la pregunta. El codificador puede codificar culpa y queja (35) si el usuario proporciona una explicación larga de forma que se está culpando o quejando

## Ejemplos del código 35

1 Terapeuta: ¿A que le atribuye la recaída de éste fin de semana?

Usuario: "A la presión de mis amigos ellos me presionan mucho para que los acompañe y me tome mis copas. si no me hubieran insistido tanto yo no hubiera vuelto a caer ." (35).

2 Usuario: "La verdad es que bebo por todos los problemas que tengo con mi esposa" (35)

## No aplica para el 35

Terapeuta: "Así que se está sintiendo agotado" (14)

Usuario: "Si realmente estoy agotado y cansado" (12)

Terapeuta: "Eso debe ser muy difícil para usted" (14)

Usuario: "No siento que mejora en nada" (12)

## 36 Defenderse a sí mismo

Defender, justificar, fabricar excusas, perdonarse asimismo. Estas declaraciones pueden ser solicitadas o no por el terapeuta

### Componentes básicos

1 Excusas plausibles o implausibles dadas al terapeuta acerca de su conducta.

3 Negar una declaración hecha en defensa de sí mismo

\*\*\*Código 7 tiene precedencia sobre el código 36.

Código 35 tiene precedencia sobre el código 36

### Ejemplos de código 36

Usuario: "Yo sé que esta mal tomar como lo hago pero es la única manera que encuentro para olvidar por un rato todos los problemas que tengo en el trabajo".

Usuario: "Yo no le hago mal a nadie tomando a solas en mi cuarto, cuando ya están todos dormidos, nadie se da cuenta, no molesto a nadie haciendo esto".

## 45 Salirse del tema/Salirse de la Agenda

Las respuestas que clasifican en ésta categoría señalan que el cliente quiere discutir un tópico diferente a la dirección en la cual está trabajando el terapeuta, o bien el cliente persiste en discutir tangencialmente tópicos relacionados.

a)Es válido que el cliente traiga a la conversación otros tópicos, pero éstas respuestas deben ser codificadas cuando el cliente esté evitando el tópico actual, trayendo a la sesión su propio tópico específico.

- b) Cuando un usuario comience con su agenda personal, se codificará al usuario como 45 hasta que el terapeuta haga algo más que dar una respuesta facilitadora. (62). Cuando el terapeuta responda al tópico del usuario con una pregunta o declaración, entonces se debe codificar al usuario en el código apropiado, ya sea el 12, o bien en la categoría que puntúe
- c) Cuando el usuario esté en 45 (agenda propia) y él diga algo más que encaje en otra categoría de resistencia, se debe codificar la categoría de resistencia y después ponerlos de regreso en el 45 si es apropiado (seguir la regla del paso (a) como arriba)
- d) Desviar: Una respuesta del cliente completamente fuera del tópico de discusión.

### Ejemplos

Terapeuta: "¿Cómo le fue con su consumo ésta semana?" (12)

Usuario: "Tengo que entregar un trabajo mañana y todavía no lo termino la verdad es que estoy muy preocupada por esto" (45)

versus

Usuario: "No tuve una buena semana para nada, volví a consumir y para terminarla, mañana tengo que entregar un trabajo en mi empleo y todavía no lo termino"

### 55 No responder/ No contestar

(Tú no puedes... , porque yo no te daré información, o te daré información inconsistente o equivocada") No responder aplica cuando el terapeuta le hace una pregunta al usuario y esto no responde o no es claro o evasivo

#### Componentes básicos

información que no responde a la pregunta por dos segundos o más

o responder, o evitar responder a una pregunta directa. En respuesta a una pregunta directa, el usuario es evasivo, no directo, o deja la declaración abierta

\*\*\*Código 45 tiene precedencia sobre el código 55

## Ejemplos

Terapeuta: "¿Cuándo considera que el beber de ésta manera le empezó a causar problemas en su vida?" (16)

Usuario: "No estoy segura." (sin mayor amplificación) (55)

## 56 Descalificación

1 Contradecir una declaración anterior hecha por el usuario. Corrección no inmediata o trivial de un hecho

### Ejemplos

Terapeuta: "¿Ya antes había intentado dejar de beber?"

Usuario: "Sí en el 91 fui a la basilica a jurar por seis meses, pero sólo aguanté 20 días" (ya antes había expresado que en ese periodo no había consumido en mes y medio)

## 12 Sin resistencia

Todas las respuestas de naturaleza no resistente hechas por el usuario. Las afirmaciones pueden ser solicitadas o no solicitadas.

### Ejemplos

Terapeuta: "Cuando se dio cuenta que el consumo de alcohol le empezaba a causar problemas?"

Usuario: "Cuando tenía 20 años y empecé a faltar a la universidad por irme con mis amigos a la cantina" (12)

Lo ininteligible podría codificarse en Sin Resistencia (12). Lo ininteligible podría codificarse como ininteligible después de que usted haya escuchado el segmento en tres ocasiones y todavía no pueda descifrar lo que se dijo.

### **13.Otras conductas asociadas al consumo de alcohol**

En ésta categoría se incluyen todas aquellas verbalizaciones del usuario referentes a condiciones asociadas a su consumo de alcohol. Solamente se codificará 13, cuando el usuario hable acerca de tópicos relacionados con su consumo de alcohol ( ambiente familiar, situación laboral. personal. etc.) cuando el terapeuta no esté marcando una dirección específica dentro de la sesión haga una pregunta directa que deba ser contestada por el usuario referente a su consumo objetivos de la sesión, o tareas asignadas, tampoco en el caso de que el usuario esté propositivamente cambiando la guía del terapeuta, la terapia o el curso de la sesión

Ejemplos:

Terapeuta: "Bien, platíqueme como le fue la semana pasada?"

Usuario:"No muy bien que digamos la verdad es que cada vez estoy discutiendo más con mi jefe . estoy muy irascible. me enojo muy fácilmente.." (13).

\*El código 35 tiene precedencia sobre el código 13

#### **REGLAS DE PRECEDENCIA**

El código 27 toma precedencia sobre los otros códigos, incluyendo 35

El código 35 tiene precedencia sobre el código 36

El código 46 tiene precedencia sobre el código 35

El código 45 tiene precedencia sobre el código 55

5) El código 35 tiene precedencia sobre el código 13

El código 12 tiene precedencia sobre el código 13

# **ANEXO 2**

# ANÁLISIS SECUENCIAL

A continuación se presenta el desarrollo del análisis secuencial, en la cual se videograbaron a cinco terapeutas, tres de los cuales fueron filmados en la primera sesión de tratamiento, una cuarta en dos sesiones y un último terapeuta filmado lo largo de todo el tratamiento.

Tabla 12 Registro de conductas del terapeuta y usuario en intervalos de 20 segundos en una hora de sesión de tratamiento del programa de Autocambio dirigido para bebedores problema.

**Terapeuta 1: 1 sesión: 15 minutos divididos en intervalos de 20".**

Minuto	0-1				1-2				2-3				4-5									
terapeuta	Pr	En	En	En	En	Pr	Ha	Pr	Pr	Ha	Pr	Fa	Fa	Ap	Pr	Pr	Pr	Pr	Pr	Pr	Ha	Ha
Usuario	Sr				Sr		Sr	Sr		Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr

Minuto	5-6				6-7				7-8				8-9				9-10							
terapeuta	En	En	En	En	En	Ha	Pr	Ha	Pr	Fa	Pr	Pr	Ap	Pr	Pr	Pr	Pr	Fa	Pr	En	Fa	Pr	Ha	
Usuario	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr		Sr		Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr		Sr	Sr	Sr	Sr		Sr		Sr	Sr

Minuto	10-11				11-12				12-13				13-14				14-15							
terapeuta	En	En	En	En	En	En	En	En	En	En	En	En	En	En	En	Pr	En	Pr	Ha	Sr	Ha	Ha	Pr	Ha
Usuario		Sr			Sr	Sr	Sr		Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr		Sr	Sr		Sr		Sr	Sr	Sr	Sr

Se calculó la probabilidad incondicionada para cada categoría del registro con la siguiente fórmula:

$$\text{PROBABILIDAD INCONDICIONADA} = \frac{\text{Frecuencia de conducta}}{\text{Total de observaciones}}$$

En las Tablas 12a y 12b se muestran las frecuencias y probabilidades incondicionadas de cada categoría.



Tabla 12d. Frecuencias de transición de cada secuencia

	Ap	En	Pr	Est	Co	Ha	Fa	Ef	Cu	Df	Ag	Nr	De	Sr	Oc	TOTAL
Ap								0	0	0	0	0	0	2	0	2
En								0	0	0	0	0	0	19	0	19
Pr								0	0	0	0	0	0	23	0	23
Est								0	0	0	0	0	0	0	0	0
Co								0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ha								0	0	0	0	0	0	7	0	7
Fa								0	0	0	0	0	0	3	0	3
Ef	0	0	0	0	0	0	0									0
Cu	0	0	0	0	0	0	0									0
Df	0	0	0	0	0	0	0									0
Ag	0	0	0	0	0	0	0									0
Nr	0	0	0	0	0	0	0									0
De	0	0	0	0	0	0	0									0
Sr	2	18	16	0	0	10	5									51
Oc	0	0	0	0	0	0	0									0

Para obtener la probabilidad condicional de las diferentes secuencias, se dividió cada frecuencia de interacción entre su marginal (Tabla 12e)

TABLA 12e Probabilidades condicionadas de transición para cada secuencia

	Ap	En	Pr	Est	Co	Ha	Fa	Ef	Cu	Df	Ag	Nr	De	Sr	Oc	TOTAL
Ap								0	0	0	0	0	0	X	0	2
En								0	0	0	0	0	0	1	0	19
Pr								0	0	0	0	0	0	1	0	23
Est								0	0	0	0	0	0	X	0	0
Co								0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ha								0	0	0	0	0	0	X	0	7
Fa								0	0	0	0	0	0	X	0	3
Ef	0	0	0	0	0	0	0									0
Cu	0	0	0	0	0	0	0									0
Df	0	0	0	0	0	0	0									0
Ag	0	0	0	0	0	0	0									0
Nr	0	0	0	0	0	0	0									0
De	0	0	0	0	0	0	0									0
Sr	03	36	32	0	0	20	09									51
Oc	0	0	0	0	0	0	0									0

Donde: X = VALOR DE PROBABILIDAD INCONDICIONADA NO REAL



Las relaciones de probabilidad condicional se ubicaron en las conductas Enseñar y Sin Resistencia=, de manera recíproca: Preguntar y Sin Resistencia=1, así como Sin Resistencia/ Enseñar=.36 y Sin Resistencia/Preguntar=.32.

Tabla 13. Terapeuta 1: 2 sesión: 15 minutos divididos en intervalos de 20".

Intervalo	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4
Conducta	En	En	En	En	En	En	Ap	A	E	En	Pr	Ha	Pr	Pr	Pr	Pr	Ha	En						
Categoría	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr		Sr		sr		Sr	Sr	sr	sr	sr	sr			Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr
Intervalo	4	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Conducta	Fa	Fa	Fa	En	En	En	En	En	E	En														
Categoría	sr	sr	sr		Sr	Sr	Sr	Sr	S	Sr														
Intervalo	7	7	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	10	10	10
Conducta	En	P	En																					
Categoría	Sr	S	Sr	Sr		Sr																		
Intervalo	10	10	10	10	11	11	11	11	11	11	11	12	12	12	12	12	12	13	13	13	13	13	13	13
Conducta	Pr	A	A	H	Pr	Pr	Pr	Pr	Pr	Pr		Pr	Pr	A	Pr	A	Pr	A	Pr	En	En	En	Pr	
Categoría	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Nr	Nr		Nr	sr	Sr	Sr	Sr		Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr		Sr	
Intervalo	13	13	14	14	14	14	14	14	14	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Conducta	Pr	Pr	Pr	Pr	Pr	Pr	Fa	A	Pr	A	A	A	A	En										
Categoría	Sr		Sr		Sr																			

Se calculó la probabilidad incondicionada para cada categoría del registro con la siguiente fórmula:

$$\text{PROBABILIDAD INCONDICIONADA} = \frac{\text{Frecuencia de conducta}}{\text{Total de observaciones}}$$

En las Tablas 13a y 13b se muestran las frecuencias y probabilidades incondicionadas de cada categoría.

Tabla 13a. Frecuencias y probabilidades incondicionadas de las conductas del terapeuta.

Conductas del terapeuta	Frecuencia	Probabilidad Incondicionada
Apoyo	12	.11
Enseñar	61	.57
Preguntas	26	.24
Estructura	0	0
Confrontar	0	0
Hablar	3	.02
Facilitar	4	.03
Total	106	.97

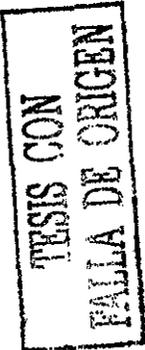


Tabla 13b. Frecuencias y probabilidades incondicionadas de las conductas del usuario

Conductas del usuario	Frecuencia	Probabilidad Incondicionada
Enfrentar	0	0
Culpar	0	0
Defenderse	0	0
Agenda	0	0
No responde	3	.03
Descalificar	0	0
Sin resistencia	93	.96
Otras conducta	0	0
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>.99</b>

A partir de la combinación cruzada 1 a 1 de las conductas de terapeuta y paciente a lo largo del registro, se obtuvo una secuencia de interacción lineal (Tabla 16) de la cual se obtuvieron las frecuencias de "pares" de conductas del terapeuta y usuario a las que se les denominó como "secuencias" (Tabla 17).

Tabla 13c. Secuencia de conductas en la interacción terapeuta - usuario.

En	Sr	En	S	En	En	Sr	En	Sr	En	Sr	En	Sr																	
En	Sr	Pr	Sr	En	Sr	En	Sr	En	En	Sr	En	Sr	En	Sr	En														
Sr	En	Sr	Pr	Sr	A	Sr	A	Sr	H	Sr	En	Nr	En	Sr	En														
Sr	En	Sr	En	Sr	En	Sr	A	Sr	A	En	Sr	En	Pr	Sr	H	Sr	Pr	Sr	P	Sr	Pr	Sr	H	En	Sr	En	Sr	En	
Sr	En	Sr	En	Sr	En	Sr	En	Sr	Fa	Sr	Sr	Fa	Sr	Fa	En	En	Sr	En	Sr	Sr	Pr	Sr	Pr	Sr	Pr	Nr			
Pr	Nr	Pr	Pr	Sr	Pr	Sr	A	Sr	Pr	sr	Sr	Pr	A	Sr	Pr	Sr	A	Sr	Pr	Sr	En	Sr	En	Sr	En	Pr	Sr	Pr	Sr
Pr	Sr	Fa	Sr	A	Sr	Pr	Sr	A	Sr	A	Sr	A	Sr	Fa	A	A	Sr	En	En										
En	Sr	En	Sr																										

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Tabla 13d. Frecuencias de transición de cada secuencia

	Ap	En	Pr	Est	Co	Ha	Fa	Ef	Cu	Df	Ag	Nr	De	Sr	Oc	TOTAL
Ap								0	0	0	0	0	0	10	0	10
En								0	0	0	0	0	0	56	0	56
Pr								0	0	0	0	3	0	19	0	22
Est								0	0	0	0	0	0	0	0	0
Co								0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ha								0	0	0	0	0	0	2	0	2
Fa								0	0	0	0	0	0	3	0	3
Ef	0	0	0	0	0	0	0									0
Cu	0	0	0	0	0	0	0									0
Df	0	0	0	0	0	0	0									0
Ag	0	0	0	0	0	0	0									0
Nr	0	0	2	0	0	0	0									2
De	0	0	0	0	0	0	0									0
Sr	8	54	18	0	0	3	0									83
Oc	0	0	0	0	0	0	0									0

Para obtener la probabilidad condicional de las diferentes secuencias, se dividió cada frecuencia de interacción entre su marginal (Tabla 13e).

TABLA 13e. Probabilidades condicionadas de transición para cada secuencia

	Ap	En	Pr	Est	Co	Ha	Fa	Ef	Cu	Df	Ag	Nr	De	Sr	Oc	TOTA
								0	0	0	0	0	0	X	0	10
								0	0	0	0	0	0	1	0	56
								0	0	0	0	13	0	86	0	22
								0	0	0	0	0	0	0	0	0
								0	0	0	0	0	0	0	0	0
								0	0	0	0	0	0	X	0	2
								0	0	0	0	0	0	X	0	3
	0	0	0	0	0	0	0									0
	0	0	0	0	0	0	0									0
	0	0	0	0	0	0	0									0
	0	0	0	0	0	0	0									0
	0	0	X	0	0	0	0									2
	0	0	0	0	0	0	0									0
	09	65	21	0	0	03	X									83
	0	0	0	0	0	0	0									0

Donde: X = VALOR DE PROBABILIDAD INCONDICIONADA NO REAL

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Las relaciones de probabilidad condicional se ubicaron las conductas de manera recíproca: Preguntar y Sin Resistencia=.86, Sin Resistencia/Preguntar=.9, Enseñar y Sin Resistencia=.65 así como Sin Resistencia/ Enseñar=.21

**Tabla 14. Terapeuta 1: 3 sesión: 15 minutos divididos en intervalos de 20 segundos**

inuto	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4
erapeuta	Pr	H	En	En	En	Fa		Fa		Fa	Pr	Fa	Pr	A	En	Fa	Fa	A	Pr	Pr	En		Fa
Usuario	Sr		Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	S	Sr		Sr		Sr	Sr	Sr							

inuto	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7
erapeuta	En		Fa	Fa		Fa	En		A	A	Fa	En	Fa	Fa	En	A	A	En		Pr	En	Pr	Pr	
Usuario	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr			Sr	Sr	Sr		Sr	Sr		Sr	Sr			Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	

inuto	7	7	7	7	8	8	8	8	8	9	9	9	9	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10
erapeuta	Pr	Pr	Pr	A	En	Pr	H	En	Pr	A	Pr	En	En	Fa		Fa	Fa	Fa			Pr		Pr
Usuario	Sr		Sr		Sr	sr	Sr		sr	sr	sr	Sr	Sr		Sr								

inuto	11	11	11	12	12	12	12	12	12	12	12	13	13	13	13	13	13	14	14	14	14	14	14
erapeuta	En	En	A	A	A	A	Et	En	En	En	Pr	En	A	A	En	En	A	En	En	En	En	En	En
Usuario	Sr	Sr	sr	Sr	Sr		Sr		Sr		Sr	Sr	Sr		Sr	Sr							

inuto	15	15	15	15	15	15	15	15	15
erapeuta	En								
Usuario	Sr	Sr	Sr		Sr		Sr	Sr	

Se calculó la probabilidad incondicionada para cada categoría del registro con la siguiente fórmula:

$$\text{PROBABILIDAD INCONDICIONADA} = \frac{\text{Frecuencia de conducta}}{\text{Total de observaciones}}$$

En las Tablas 14a y 14b se muestran las frecuencias y probabilidades incondicionadas de cada categoría.

Tabla 14a. Frecuencias y probabilidades incondicionadas de las conductas del terapeuta

Conductas del terapeuta	Frecuencia	Probabilidad Incondicionada
Apoyo	14	.15
Enseñar	38	.43
Preguntas	16	.18
Estructura	1	.01
Confrontar	0	0
Hablar	2	.02
Facilitar	17	.19
Total	88	.98

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Tabla 14b. Frecuencias y probabilidades incondicionadas de las conductas del usuario.

Conductas del usuario	Frecuencia	Probabilidad Incondicionada
Enfrentar	0	0
Culpar	0	0
Defenderse	0	0
Agenda	0	0
No responde	0	0
Descalificar	0	0
Sin resistencia	77	1
Otras conducta	0	0
Total	77	1

A partir de la combinación cruzada 1 a 1 de las conductas de terapeuta y usuario a lo largo del registro, se obtuvo una secuencia de interacción lineal (Tabla 14) de la cual se obtuvieron las frecuencias de "pares" de conductas del terapeuta y el usuario a las que se les denominó como "secuencias" (Tabla 14c)

Tabla 14c Secuencia de conductas en la interacción terapeuta – usuario

Pr	Sr	H	E	Sr	En	En	Sr	Fa	sr	Sr	Fa	Sr	Pr	Sr	F	Sr	En	Sr	A	Sr	En	Sr	F	Sr	Fa	Sr	F	A	
Pr	Sr	Pr	Sr	En	Sr	Sr	F	En	Sr	Sr	F	Sr	F	Sr	Sr	F	En	Sr	A	Sr	A	Sr	F	En	Sr	F	Sr	F	En
Sr	Sr	Pr	A	En	Sr	Pr	Sr	Sr	En	Pr	Sr	Pr	Sr	Pr	Sr	Pr	Pr	Sr	A	En	Sr	Pr	Sr	H	Sr	En	Pr		
Sr	A	Sr	Pr	Sr	En	Sr	En	Sr	F	Sr	F	Sr	F	Sr	F	Sr	Sr	Pr	S	A	En	Sr	Pr	Sr	H	Sr	En	Sr	
A	A	Sr	A	Sr	A	Et	Sr	En	En	Sr	En	Sr	Pr	Sr	En	Sr	A	Sr	A	Sr	En	Sr	En	Sr	En	Sr	A	En	Sr
En	Sr	En	Sr	En	En	Sr	En	En	Sr	En	Sr	En	Sr	En	En	Sr	En	Sr	En										

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 14d. Frecuencias de transición de cada secuencia

	Ap	En	Pr	Est	Co	Ha	Fa	Ef	Cu	Df	Ag	Nr	De	Sr	Oc	TOTAL
Ap								0	0	0	0	0	0	11	0	11
En								0	0	0	0	0	0	29	0	29
Pr								0	0	0	0	0	0	12	0	12
Est								0	0	0	0	0	0	1	0	1
Co								0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ha								0	0	0	0	0	0	1	0	1
Fa								0	0	0	0	0	0	12	0	12
Ef	0	0	0	0	0	0	0									0
Cu	0	0	0	0	0	0	0									0
Df	0	0	0	0	0	0	0									0
Ag	0	0	0	0	0	0	0									0
Nr	0	0	0	0	0	0	0									0
De	0	0	0	0	0	0	0									0
Sr	15	23	13	0	0	2	16									69
Oc	0	0	0	0	0	0	0									0

Para obtener la probabilidad condicional de las diferentes secuencias, se dividió cada frecuencia de interacción entre su marginal (Tabla 17).

TABLA 17 Probabilidades condicionadas de transición para cada secuencia

	Ap	En	Pr	Est	Co	Ha	Fa	Ef	Cu	Df	Ag	Nr	De	Sr	Oc	TOTA
Ap								0	0	0	0	0	0	X	0	11
En								0	0	0	0	0	0	1	0	29
Pr								0	0	0	0	0	0	X	0	12
Est								0	0	0	0	0	0	X	0	1
Co								0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ha								0	0	0	0	0	0	X	0	1
Fa								0	0	0	0	0	0	X	0	12
Ef	0	0	0	0	0	0	0									0
Cu	0	0	0	0	0	0	0									0
Df	0	0	0	0	0	0	0									0
Ag	0	0	0	0	0	0	0									0
Nr	0	0	0	0	0	0	0									0
De	0	0	0	0	0	0	0									0
Sr	21	33	18	0	0	02	23									69
Oc	0	0	0	0	0	0	0									0

Donde: X = VALOR DE PROBABILIDAD INCONDICIONADA NO REAL



Las relaciones de probabilidad condicional se presentaron en las diadas Enseñar Sin Resistencia=1 y Sin Resistencia Enseñar 33, Sin Resistencia Facilitar 23, Sin Resistencia Apoyo 21, Sin Resistencia Preguntar 18.

Tabla 15. Terapeuta 1: 4 sesión: 15 minutos divididos en intervalos de 20 segundos

Intervalo	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4		
Terapeuta	En	A	A	A	A	En	En	En	F	Fa	En	En	En	En	En	Et	Et	Et	Et	Et	A	En	A	A
Observador	Sr	Sr	Sr			Sr	Sr	Sr	S		Sr	Sr		Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr		Sr		Sr	

Intervalo	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7
Terapeuta	A	Pr	En	En	En	En	En	Pr	Pr	H	H	H	Et	En	En	En	En	Et	A	Et	Et	Et	Et	
Observador		Sr			Sr	Sr	Sr	Sr		Sr	Sr	Sr	Sr		Sr	Sr		Sr	Sr		Sr	Sr	Sr	

Intervalo	7	7	7	8	8	8	8	8	8	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	10	10	10	10	10
Terapeuta	Et	Et	Et	Et	Et	Pr	Fa	Fa	Et	Pr	Pr	En	En	En	En	En	En							
Observador	Sr	Sr	Sr	Sr		Sr	Sr	Sr	Sr		Sr	Sr		Sr	Sr	Sr			Sr					

Intervalo	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11	12	12	12	12	12	12	12	12	12	13	13	13	13	13
Terapeuta	En		Fa	A	Fa	Fa	En	En	Et	En	Et	Et	Et	Et										
Observador		Sr	Sr	Sr	Sr		Sr		Sr		Sr	Sr		Sr	Sr	Sr	Sr		Sr		Sr	Sr	Sr	

Intervalo	13	13	14	14	14	14	14	14	15	15	15	15	15	15	15	15
Terapeuta	Et	Pr	A	Fa	Fa	Et	Et									
Observador	Sr				Sr	Sr	Sr	Sr								

Se calculó la probabilidad incondicionada para cada categoría del registro con la siguiente fórmula:

$$\text{PROBABILIDAD INCONDICIONADA} = \frac{\text{Frecuencia de conducta}}{\text{Total de observaciones}}$$

En las Tablas 15a y 15b se muestran las frecuencias y probabilidades incondicionadas de cada categoría

Tabla 15a Frecuencias y probabilidades incondicionadas de las conductas del terapeuta.

Conductas del terapeuta	Frecuencia	Probabilidad Incondicionada
Apoyo	10	.09
Enseñar	28	.26
Preguntas	6	.05
Estructura	50	.46
Confrontar	0	0
Hablar	3	.02
Facilitar	10	.09
Total	107	.97

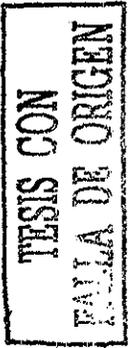


Tabla 15b. Frecuencias y probabilidades incondicionadas de las conductas del usuario

Conductas del usuario	Frecuencia	Probabilidad Incondicionada
Enfrentar	0	0
Culpar	0	0
Defenderse	0	0
Agenda	0	0
No responde	0	0
Descalificar	0	0
Sin resistencia	74	1
Otras conducta	0	0
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>1</b>

A partir de la combinación cruzada 1 a 1 de las conductas de terapeuta y paciente a lo largo del registro, se obtuvo una secuencia de interacción lineal (Tabla 15) de la cual se obtuvieron las frecuencias de "pares" de conductas del terapeuta y usuario a las que se les denominó como "secuencias" (Tabla 15c).

Tabla 15c Secuencia de conductas en la interacción terapeuta – usuario.

En	Sr	A	Sr	A	Sr	A	A	En	Sr	En	sr	En	Sr	F	Sr	F	En	Sr	E	Sr	En	En	Sr	En	Sr	Et	Sr	Et
Sr	Et	Sr	Et	A	En	Sr	A	A	Sr	A	Pr	Sr	En	En	En	Sr	En	Sr	En	Pr	Sr	Pr	H	Sr	H	Sr	H	Sr
Et	Sr	En	En	Sr	En	Sr	En	Et	Sr	A	Sr	Et	Et	Sr														
Pr	Sr	F	Sr	F	Sr	Et	Sr	Et	Et	Sr	Et	Et	Sr	Et	Sr	Pr	S	En	En	Sr	En	En	Sr	En	En	Sr	En	Sr
Fa	Sr	A	Sr	F	Sr	F	En	Sr	En	Et	Sr	Et	Et	Sr	Et	Sr	Et	Et	Sr	Et	Sr	Et	En	Sr	Et	Et	Sr	Et
Et	Sr	Et	Sr	Et	Sr	Et	et	Sr	Et	Sr	Et	Et	Sr	Et	Sr	Et	Et	Sr	Et	Sr	Et	En	Sr	Et	Et	Sr	A	F
F	Sr	F	Et	Sr	Et	Sr																						

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 15d. Frecuencias de transición de cada secuencia

	Ap	En	Pr	Est	Co	Ha	Fa	Ef	Cu	Df	Ag	Nr	De	Sr	Oc	TOTAL
Ap								0	0	0	0	0	0	5	0	5
En								0	0	0	0	0	0	17	0	17
Pr								0	0	0	0	0	0	4	0	4
Est								0	0	0	0	0	0	38	0	38
Co								0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ha								0	0	0	0	0	0	3	0	3
Fa								0	0	0	0	0	0	3	0	3
Ef	0	0	0	0	0	0	0									0
Cu	0	0	0	0	0	0	0									0
Df	0	0	0	0	0	0	0									0
Ag	0	0	0	0	0	0	0									0
Nr	0	0	0	0	0	0	0									0
De	0	0	0	0	0	0	0									0
Sr	7	11	4	37	0	2	7									68
Oc	0	0	0	0	0	0	0									0

Para obtener la probabilidad condicional de las diferentes secuencias, se dividió cada frecuencia de interacción entre su marginal (Tabla 15e)

Tabla 15e. Probabilidades condicionadas de transición para cada secuencia

	Ap	En	Pr	Est	Co	Ha	Fa	Ef	Cu	Df	Ag	Nr	De	Sr	Oc	TOTA
								0	0	0	0	0	0	X	0	5
								0	0	0	0	0	0	X	0	17
								0	0	0	0	0	0	X	0	4
								0	0	0	0	0	0	X	0	38
								0	0	0	0	0	0	0	0	0
								0	0	0	0	0	0	X	0	3
								0	0	0	0	0	0	X	0	3
	0	0	0	0	0	0	0									0
	0	0	0	0	0	0	0									0
	0	0	0	0	0	0	0									0
	0	0	0	0	0	0	0									0
	0	0	0	0	0	0	0									0
	0	0	0	0	0	0	0									0
	10	16	05	54	0	02	10									68
	0	0	0	0	0	0	0									0

Donde: X = VALOR DE PROBABILIDAD INCONDICIONADA NO REAL

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Las relaciones de probabilidad condicional se establecieron en las diadas Estructura Sin Resistencia = 1 y Sin Resistencia Estructura con una probabilidad condicional igual a .54.

**Tabla 16. Terapeuta 2: 1 sesión: 15 minutos divididos en intervalos de 20 segundos**

inuto	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4
erapeuta	Et	En	A	A	Et	En	En	A	A	Pr	Pr	Pr	Fa	Fa	Fa	Fa	Fa	Fa		Fa	Ap
Usuario			Sr				Ef	S		Sr											

inuto	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7
erapeuta		Fa	Fa	A	A	A	A	A	A	A	A	En		Fa		Fa		Fa		Fa	Fa	Fa	Ap
Usuario	Ef	Sr		Sr			Sr	Sr		Sr	Sr		Sr	Sr	Ag	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr		

inuto	7	7	7	8	8	8	8	8	8	8	8	9	9	9	9	9	9	9	10	10	10	10	11	11
erapeuta	A	co			Fa		Fa	co		Fa	En	En		Co	Fa	Fa	Co	Pr	Co	Co	Fa	Ha	En	
Usuario	Sr	Ef	ag	Df	sr	Sr		Df	Ef			Sr	Ef	Sr	Sr		Sr	Sr			Sr	Sr	Sr	

inuto	11	11	11	11	12	12	12	12	12	12	12	13	13	13	13	13	13	13	14	14	14	14	14	14	
erapeuta	Et	En	A	Et	Et	Et	Pr	Pr	Ha	En	En		Fa	Fa	En	Fa	Fa	A	Et			Fa		Fa	
Usuario	Sr		Sr		Sr		Sr		Sr	Sr		Sr	Sr	Sr	Sr	Cu	Cu	Cu							

inuto	14	14	15	15	15	15	15	15
erapeuta	Fa		Et	Et	Fa	Fa		Fa
Usuario	cu	cu	Ef	Sr	Sr	Sr	Sr	Df

Se calculó la probabilidad incondicionada para cada categoría del registro con la siguiente fórmula:

$$\text{PROBABILIDAD INCONDICIONADA} = \frac{\text{Frecuencia de conducta}}{\text{Total de observaciones}}$$

En las Tablas 16a y 16b se muestran las frecuencias y probabilidades incondicionadas de cada categoría.

Tabla 16a. Frecuencias y probabilidades incondicionadas de las conductas del terapeuta

Conductas del terapeuta	Frecuencia	Probabilidad Incondicionada
Apoyo	17	.20
Enseñar	11	.13
Preguntas	6	.07
Estructura	9	.10
Confrontar	5	.06
Hablar	2	.02
Facilitar	32	.39
Total	82	.97

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

Tabla 16b. Frecuencias y probabilidades incondicionadas de las conductas del usuario.

Conductas del usuario	Frecuencia	Probabilidad Incondicionada
Enfrentar	5	.07
Culpar	4	.05
Defenderse	4	.05
Agenda	2	.02
No responde	0	0
Descalificar	0	0
Sin resistencia	55	.78
Otras conducta	0	0
Total	70	.97

A partir de la combinación cruzada 1 a 1 de las conductas de terapeuta y usuario a lo largo del registro, se obtuvo una secuencia de interacción lineal (Tabla 16) de la cual se obtuvieron las frecuencias de "pares" de conductas del terapeuta y usuario a las que se les denominó como "secuencias" (Tabla 16c).

Tabla 16c Secuencia de conductas en la interacción terapeuta -usuario.

Et	En	A	Sr	A	Et	En	En	Ef	A	Sr	A	Pr	Sr	Pr	Sr	Sr	F	Sr												
F	Sr	F	Sr	F	A	Ef	f	Sr	F	A	Sr	A	A	A	Sr	A	Sr	A	A	Sr	A	En	Sr	F	Sr	ag	F	Sr	Sr	
F	Sr	Sr	F	Sr	F	Sr	F	A	A	Sr	co	Ef	ag	Df	Fa	Sr	Sr	Fa	co	Df	Ef	Fa	En	En	Sr	Ef	co			
Sr	Fa	Df	Fa	co	Sr	Pr	Sr	co	co	Sr	F	Sr	H	Sr	En	Et	Sr	En	A	Sr	Et	Et	Sr	Et	Pr	Sr	Pr	Sr		
H	Sr	En	Sr	En	Sr	Sr	Fa	Sr	Fa	En	Sr	Fa	Sr	Fa	A	Sr	Et	Sr	S	Fa	cu	cu	Fa	cu	Fa	cu	Et	Ef		
Et	Sr	Fa	Sr	Fa	Sr	Sr	Fa	Df																						

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Tabla 16d Frecuencias de transición de cada secuencia

	Ap	En	Pr	Est	Co	Ha	Fa	Ef	Cu	Df	Ag	Nr	De	Sr	Oc	TOTAL
Ap								0	0	0	0	0	0	10	0	10
En								1	0	0	0	0	0	4	0	5
Pr								0	0	0	0	0	0	6	0	6
Est								1	0	0	0	0	0	4	0	5
Co								1	0	0	0	0	0	1	0	2
Ha								0	0	0	0	0	0	2	0	2
Fa								0	3	1	0	0	0	19	0	23
Ef	1	0	0	1	1	0	2									5
Cu	0	0	0	1	0	0	2									3
Df	0	0	0	0	0	0	0									0
Ag	0	0	0	0	0	0	1									1
Nr	0	0	0	0	0	0	0									0
De	0	0	0	0	0	0	0									0
Sr	5	5	4	1	0	2	25									40
Oc	0	0	0	0	0	0	0									0

Para obtener la probabilidad condicional de las diferentes secuencias, se dividió cada frecuencia de interacción entre su marginal (Tabla 17)

TABLA 16e Probabilidades condicionadas de transición para cada secuencia

	Ap	En	Pr	Est	Co	Ha	Fa	Ef	Cu	Df	Ag	Nr	De	Sr	Oc	TOTA
								0	0	0	0	0	0	X	0	10
								2	0	0	0	0	0	8	0	5
								0	0	0	0	0	0	X	0	6
								2	0	0	0	0	0	8	0	5
								5	0	0	0	0	0	5	0	2
								0	0	0	0	0	0	X	0	2
								0	13	04	0	0	0	82	0	23
	2	0	0	2	2	0	4									5
	0	0	0	33	0	0	66									3
	0	0	0	0	0	0	0									0
	0	0	0	0	0	0	X									1
	0	0	0	0	0	0	0									0
	0	0	0	0	0	0	0									0
	11	11	1	02	X	05	62									40
	0	0	0	0	0	0	0									0

Donde: X = VALOR DE PROBABILIDAD INCONDICIONADA NO REAL



Las relaciones de probabilidad condicional se presentaron Confrontar/Enfrentamiento con 5, se ubicaron por encima del 0.71 de probabilidad condicional las conductas de Enseñar/Sin Resistencia con .8, Facilitar Sin Resistencia con .82. Por otra parte se obtuvo Enfrentamiento/ Estructura, Enfrentamiento/Apoyo y Enfrentamiento/Confrontar las tres con .2, además de Enfrentamiento/Facilitar con 4 y Sin Resistencia/Facilitar con .62.

**Tabla 17. Terapeuta 3: 1 sesión: 15 minutos divididos en intervalos de 20 segundos**

inuto	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
erapeuta	Pr	Pr	Pr	Pr		Pr		A	Pr	Pr				Ha	Et	Pr	En		Pr			Pr		
Uuario	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Nr	Sr		Sr	Nr	Df	Df	Df				Sr							

inuto	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	6	6	6
erapeuta	Pr	A	Pr	Pr	Pr	A	Pr	Pr	Pr	Ha	Pr	Pr	Pr	Pr	Ha	Et	En	En	En	En	Pr	Pr	A	
Uuario	Sr			Sr	Sr			Sr	Sr		Sr	Sr	Sr	Sr				Sr			Sr	Sr		Sr

inuto	6	6	7	7	7	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	9	9	9	9	9	9
erapeuta	Pr	H		H	H	Pr	Pr	Pr	Pr	Pr		Fa	Fa	A	Pr	A	Et		A	Pr	Pr	Et		
Uuario	Sr	Sr	Df	Df		Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Oc	Oc			Sr	Sr	Sr	Sr			Sr		Sr	

inuto	9	9	10	10	10	10	10	11	11	11	11	11	11	12	12	12	12	12	12	12	12	13	13	13	13
erapeuta		H	Pr	Pr	Pr	Pr	Pr	Pr	H	En	Pr	Et	Pr	Et			Fa	Et	En	En	En				
Uuario	oc	oc	Sr	oc	Sr	oc	oc	Sr	Sr				Sr	Sr	Sr	oc			Sr	Sr	Sr	Sr	Cu	Sr	

inuto	13	13	14	14	14	14	15	15	15
erapeuta	H	En	En		A	H	En	En	En
Uuario			Sr	cu		Sr			

Se calculó la probabilidad incondicionada para cada categoría del registro con la siguiente fórmula:

$$\text{PROBABILIDAD INCONDICIONADA} = \frac{\text{Frecuencia de conducta}}{\text{Total de observaciones}}$$

En las Tablas 17a y 17b se muestran las frecuencias y probabilidades incondicionadas de cada categoría.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 17a Frecuencias y probabilidades incondicionadas de las conductas del terapeuta.

Conductas del terapeuta	Frecuencia	Probabilidad Incondicionada
Apoyo	8	.10
Enseñar	8	.10
Preguntas	40	.52
Estructura	8	.10
Confrontar	0	0
Hablar	10	.13
Facilitar	2	.02
Total	76	.97

Tabla 17b Frecuencias y probabilidades incondicionadas de las conductas del usuario.

Conductas del usuario	Frecuencia	Probabilidad Incondicionada
Enfrentar	0	0
Culpar	2	.02
Defenderse	5	.07
Agenda	0	0
No responde	3	.04
Descalificar	0	0
Sin resistencia	53	.75
Otras conducta	7	.1
Total	70	.98

A partir de la combinación cruzada 1 a 1 de las conductas de terapeuta y usuario a lo largo del registro, se obtuvo una secuencia de interacción lineal (Tabla 17) de la cual se obtuvieron las frecuencias de “pares” de conductas del terapeuta y cliente a las que se les denominó como “secuencias” (Tabla 17c).

Tabla 17c. Secuencia de conductas en la interacción terapeuta – usuario.

Pr	Sr	Pr	Sr	Pr	Sr	Et	Sr	Pr	Nr	Sr	A	Pr	Sr	Pr	Nr	Df	Df	Df	H	Et	Pr	En	Sr	Sr	Pr	Sr	Sr	Pr	
Sr	A	Pr	Pr	Sr	Pr	Sr	A	Pr	Pr	Sr	Pr	Sr	H	Pr	Sr	Pr	Sr	Pr	Sr	Pr	Sr	H	Et	Sr	En	Sr	En	Pr	Sr
Pr	Sr	A	Sr	Pr	Pr	Sr	Pr	Nr	Sr	H	Sr	Df	H	Df	H	Pr	Sr	Pr	Sr	Pr	Sr	Pr	Pr	Pr	Sr	Sr	oc		
F	oc	F	A	Pr	Sr	A	Sr	Et	Sr	Sr	A	Pr	Pr	Sr	Et	Sr	oc	H	oc	F	Sr	Pr	Sr	Pr	Pr	Sr	Sr	Pr	
oc	Pr	oc	Pr	Sr	H	Sr	En	Pr	Et	Pr	Sr	Et	Pr	Sr	Et	Sr	A	Sr	oc	Fa	Et	En	Sr	En	Sr	cu	Sr	Sr	H
En	En	Sr	cu	A	H	Sr	En	En	Sr																				



Tabla 17d. Frecuencias de transición de cada secuencia

	Ap	En	Pr	Est	Co	Ha	Fa	Ef	Cu	Df	Ag	Nr	De	Sr	Oc	TOTAL
Ap								0	0	0	0	0	0	1	0	1
En								0	0	0	0	0	0	5	0	5
Pr								0	0	0	0	1	0	31	2	34
Est								0	0	0	0	0	0	2	0	2
Co								0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ha								0	0	1	0	0	0	3	1	5
Fa								0	0	0	0	0	0	0	1	1
Ef	0	0	0	0	0	0	0									0
Cu	1	0	0	0	0	0	0									1
Df	0	0	0	0	0	3	0									3
Ag	0	0	0	0	0	0	0									0
Nr	0	0	0	0	0	0	0									0
De	0	0	0	0	0	0	0									0
Sr	6	4	20	2	0	5	0									37
Oc	0	0	3	0	0	1	3									7

Para obtener la probabilidad condicional de las diferentes secuencias, se dividió cada frecuencia de interacción entre su marginal (Tabla 17e)

TABLA 17e. Probabilidades condicionadas de transición para cada secuencia

	Ap	En	Pr	Est	Co	Ha	Fa	Ef	Cu	Df	Ag	Nr	De	Sr	Oc	TOTAL
Ap								0	0	0	0	0	0	X	0	1
En								0	0	0	0	0	0	X	0	5
Pr								0	0	0	0	02	0	91	05	34
Est								0	0	0	0	0	0	X	0	2
Co								0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ha								0	0	2	0	0	0	6	2	5
Fa								0	0	0	0	0	0	0	X	1
Ef	0	0	0	0	0	0	0									0
Cu	X	0	0	0	0	X	0									1
Df	0	0	0	0	0	X	0									3
Ag	0	0	0	0	0	0	0									0
Nr	0	0	0	0	0	0	0									0
De	0	0	0	0	0	0	0									0
Sr	16	10	54	05	0	13	0									37
Oc	0	0	42	0	0	14	42									7

Donde: X = VALOR DE PROBABILIDAD INCONDICIONADA NO REAL

Las relaciones de probabilidad condicional de 0.51 a 0.70 se presentaron Hablar/Sin Resistencia con .6 y Sin Resistencia Preguntar con .54 y además de Otras Conductas asociadas al consumo de alcohol/Facilitar y Otras Conductas asociadas al consumo de alcohol/Preguntar ambas con una P de .42. Sólo se ubicaron por encima del 0.71 de probabilidad condicional las conductas Preguntar/Sin Resistencia con 1.

**Tabla 18. Terapeuta 4: 1 sesión, 15 minutos divididos en intervalos de 20 segundos**

inuto	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	
erapeuta	Et	Et	Pr	Et	Et	En	En	En	Et	Pr	En	Co	En	En	En	Fa	En			Ap	En	En
Usuario	Sr	Sr	Sr	Sr		Sr	Sr			Sr		Sr	Sr		Sr		Sr	Sr	Sr		Sr	Sr

inuto	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6
erapeuta	En	A	Et	En	En	Pr	Et	Pr	Pr	Pr	En	En		H	En	En	Et	En	Et	Et	Pr		H
Usuario	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr		Sr	Nr		Sr	Sr	Sr			Sr			Sr	Sr	Sr	Sr	

inuto	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	8	8	8	8	9	9	9	9	9	9	10	10
erapeuta		Fa	Pr		A	Pr	Et		A	Fa	Pr		H	P	H		Pr		H	A	Et	Et	Et
Usuario	Sr		Sr	cu	cu	Df	Sr	Sr	Sr		Sr	Sr											

inuto	10	10	10	10	10	10	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11	12	12	12	12	12	12	12
erapeuta	Pr	Pr	En	Et	Et	Et	Pr		Ha	Ha	Et	En	Et	En	H	Et	En	En		Co	Et		En
Usuario		Sr			Sr		Nr	Sr	Sr	Sr		Sr	Sr	Sr		Sr	Sr	Sr	Sr	Nr	Co	Sr	

inuto	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	14	14	14	14	14	14	14	15	15	15	15	15	15
erapeuta	H	H	Pr	H	En	H	En	En	En	Pr	En	En	En	En	En	A	En	En		En	En	Pr	En	En
Usuario	Sr					Sr	Sr				Sr	Sr	Sr	Sr	Sr		Sr		Sr		Sr	Sr		Sr

Se calculó la probabilidad incondicionada para cada categoría del registro con la siguiente fórmula:

$$\text{PROBABILIDAD INCONDICIONADA} = \frac{\text{Frecuencia de conducta}}{\text{Total de observaciones}}$$

En las Tablas 18a y 18b se muestran las frecuencias y probabilidades incondicionadas de cada categoría.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 18a Frecuencias y probabilidades incondicionadas de las conductas del terapeuta

Conductas del terapeuta	Frecuencia	Probabilidad Incondicionada
Apoyo	6	.05
Enseñar	41	.40
Preguntas	18	.17
Estructura	20	.19
Confrontar	3	.02
Hablar	11	.10
Facilitar	3	.02
Total	102	.95

Tabla 18b. Frecuencias y probabilidades incondicionadas de las conductas del usuario

Conductas del usuario	Frecuencia	Probabilidad Incondicionada
Enfrentar	0	0
Culpar	2	.02
Defenderse	1	.01
Agenda	0	0
No responde	3	.03
Descalificar	0	0
Sin resistencia	74	.92
Otras conducta	0	0
Total	80	.98

A partir de la combinación cruzada 1 a 1 de las conductas de terapeuta y usuario a lo largo del registro, se obtuvo una secuencia de interacción lineal (Tabla 18) de la cual se obtuvieron las frecuencias de "pares" de conductas del terapeuta y el usuario a las que se les denominó como "secuencias" (Tabla 18c), constituidas cada una de ellas por una conducta del terapeuta y una del usuario

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 18c. Secuencia de conductas en la interacción terapeuta - usuario

Et	Sr	Et	Sr	Pr	Sr	Et	Sr	En	Sr	En	Sr	En	Et	Pr	Sr	E	co	Sr	E	Sr	En	En	Sr	F	En	Sr	Sr	Sr
A	En	Sr	En	Sr	En	Sr	En	Sr	A	Sr	Et	S	Sr	Et	En	En	Sr	En	P	Sr	Et	P	Sr	Pr	Nr	Pr	En	Sr
En	Sr	Sr	H	En	Et	Sr	Et	Sr	Pr	Sr	Sr	F	Pr	Sr	Sr	A	Sr	Pr	S	Et	Sr	Sr	A	Sr	F	Sr	Pr	Sr
Sr	H	Sr	Pr	cu	H	cu	Df	Pr	Sr	Sr	H	Sr	A	Et	Sr	Et	Sr	Et	P	Pr	Sr	En	Et	Et	Sr	Et	Pr	Nr
Sr	H	Sr	H	Sr	Et	En	Sr	Et	Sr	En	Sr	H	Et	Sr	En	Sr	Sr	co	nr	Et	Ef	Sr	En	H	Sr	H	Pr	H
En	H	En	H	Sr	En	Sr	En	En	Pr	En	Sr	En	Sr	En	Sr	En	Sr	En	S	A	En	Sr	En	Sr	En	En	Sr	Pr
Sr	En	En	Sr	En																								

Tabla 18d Frecuencias de transición de cada secuencia

	Ap	En	Pr	Est	Co	Ha	Fa	Ef	Cu	Df	Ag	Nr	De	Sr	Oc	TOTAL
Ap								0	0	0	0	0	0	3	0	3
En								0	0	0	0	0	0	26	0	26
Pr								0	1	0	0	2	0	12	0	15
Est								1	0	0	0	0	0	12	0	13
Co								0	0	0	0	1	0	1	0	2
Ha								0	1	0	0	0	0	6	0	7
Fa								0	0	0	0	0	0	1	0	1
Ef	0	0	0	0	0	0	0									0
Cu	0	0	0	0	0	1	0									1
Df	0	0	1	0	0	0	0									1
Ag	0	0	0	0	0	0	0									0
Nr	0	0	1	1	0	0	0									2
De	0	0	0	0	0	0	0									0
Sr	6	23	8	10	0	8	3									58
Oc	0	0	0	0	0	0	0									0

Para obtener la probabilidad condicional de las diferentes secuencias, se dividió cada frecuencia de interacción entre su marginal (Tabla 18e).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA 18e. Probabilidades condicionadas de transición para cada secuencia

	Ap	En	Pr	Est	Co	Ha	Fa	Ef	Cu	Df	Ag	Nr	De	Sr	Oc	TOTAL
Ap								0	0	0	0	0	0	X	0	3
En								0	0	0	0	0	0	1	0	26
Pr								0	01	0	0	13	0	8	0	15
Est								07	0	0	0	0	0	92	0	13
Co								0	0	0	0	5	0	5	0	2
Ha								0	14	0	0	0	0	85	0	7
Fa								0	0	0	0	0	0	X	0	1
Ef	0	0	0	0	0	0	0									0
Cu	0	0	0	0	0	X	0									1
Df	0	0	X	0	0	0	0									1
Ag	0	0	0	0	0	0	0									0
Nr	0	0	5	5	0	0	0									2
De	0	0	0	0	0	0	0									0
Sr	10	40	14	17	0	14	5									58
Oc	0	0	0	0	0	0	0									0

Donde: X = VALOR DE PROBABILIDAD INCONDICIONADA NO REAL

Para la probabilidad de 0.51 a 0.70 se presentaron las diadas confrontar/No responder y Confrontar/sin Resistencia con 5.7 además de Sin Resistencia/Enseñar con .40, No responder/Estructura y No responder/Estructura con .5. Sólo se ubicaron por encima del 0.71 de probabilidad condicional las conductas Preguntar/sin Resistencia Hablar /Sin Resistencia con .85 y Estructura /Sin Resistencia con .98.

Tabla 19. Terapeuta 5: 1 sesión: 15 minutos divididos en intervalos de 20 segundos

to	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4		
deuta	En	Pr		Fa	En			Fa	A			Fa			A		Fa	En				A	Ha	En
ario	Sr	Sr	Sr		Sr		Sr	Sr	Sr			Sr												

to	5	5	5	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	8	8	8	8	8	8	9	
deuta			Pr	E	En	En	Ha	En	En	En	En	Ha	En	En	En	En	En		fa	En	En	Pr		Pr	
ario	Sr		Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr																	

to	9	9	9	9	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
deuta		Fa	Pr	H	H		Fa	Fa		Fa		Fa	Fa	En											
ario	Sr	Sr		Sr																					

to	13	13	13	13	13	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	
deuta		Fa	Fa	H	H	Ha	Ha	Ha	Ha		Fa	En													
ario	Sr	Sr			Sr	Sr		Sr																	

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Se calculó la probabilidad incondicionada para cada categoría del registro con la siguiente fórmula:

$$\text{PROBABILIDAD INCONDICIONADA} = \frac{\text{Frecuencia de conducta}}{\text{Total de observaciones}}$$

En las **Tablas 19a y 19b** se muestran las frecuencias y probabilidades incondicionadas de cada categoría

Tabla 19a Frecuencias y probabilidades incondicionadas de las conductas del terapeuta

Conductas del terapeuta	Frecuencia	Probabilidad Incondicionada
Apoyo	4	.06
Enseñar	28	.43
Preguntas	6	.09
Estructura	2	.03
Confrontar	0	0
Hablar	11	.17
Facilitar	14	.21
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>.99</b>

Tabla 19b. Frecuencias y probabilidades incondicionadas de las conductas del usuario

Conductas del usuario	Frecuencia	Probabilidad Incondicionada
Enfrentar	0	0
Culpar	0	0
Defenderse	0	0
Agenda	0	0
No responde	0	0
Descalificar	0	0
Sin resistencia	65	1
Otras conducta	0	0
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>1</b>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A partir de la combinación cruzada 1 a 1 de las conductas de terapeuta y usuario a lo largo del registro, se obtuvo una secuencia de interacción lineal (Tabla 19) de la cual se obtuvieron las frecuencias de "pares" de conductas del terapeuta y usuario a las que se les denominó como "secuencias" (Tabla 19c)

Tabla 19c. Secuencia de conductas en la interacción terapeuta - usuario

en	Sr	Pr	Sr	Sr	fa	en	sr	sr	sr	fa	sr	a	sr	sr	fa	sr	sr	sr	a	sr	sr	fa	en	sr	sr	sr	sr	a	
H	en	sr	sr	sr	pr	sr	en	sr	en	sr	en	H	en	sr	en	H	sr	en	sr	en	sr	H	en	sr	en	sr	en	sr	
en	sr	sr	fa	en	sr	en	sr	en	sr	pr	sr	sr	pr	sr	sr	fa	sr	pr	H	sr	H	sr	sr	f	sr	fa	sr	fa	
sr	fa	sr	fa	sr	fa	fa	en	sr	en	en	sr	en	sr	en	et	sr	et	A	sr	H	sr	sr	sr	sr	fa	sr	fa	H	H
sr	H	Sr	H	Sr	H	H	H	sr	sr	fa	sr	en	sr	en	sr	en	en	sr	e	sr									

Tabla 19d. Frecuencias de transición de cada secuencia

	Ap	En	Pr	Est	Co	Ha	Fa	Ef	Cu	Df	Ag	Nr	De	Sr	Oc	TOTAL
Ap								0	0	0	0	0	0	3	0	3
En								0	0	0	0	0	0	22	0	22
Pr								0	0	0	0	0	0	4	0	4
Est								0	0	0	0	0	0	1	0	1
Co								0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ha								0	0	0	0	0	0	8	0	8
Fa								0	0	0	0	0	0	8	0	8
Ef	0	0	0	0	0	0	0									0
Cu	0	0	0	0	0	0	0									0
Df	0	0	0	0	0	0	0									0
Ag	0	0	0	0	0	0	0									0
Nr	0	0	0	0	0	0	0									0
De	0	0	0	0	0	0	0									0
Sr	3	18	5	1	0	5	14									46
Oc	0	0	0	0	0	0	0									0

Para obtener la probabilidad condicional de las diferentes secuencias, se dividió cada frecuencia de interacción entre su marginal (Tabla 19e).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA 19e Probabilidades condicionadas de transición para cada secuencia

	Ap	En	Pr	Est	Co	Ha	Fa	Ef	Cu	Df	Ag	Nr	De	Sr	Oc	TOTAL
Ap								0	0	0	0	0	0	X	0	3
En								0	0	0	0	0	0	1	0	22
Pr								0	0	0	0	0	0	X	0	4
Est								0	0	0	0	0	0	X	0	1
Co								0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ha								0	0	0	0	0	0	X	0	8
Fa								0	0	0	0	0	0	X	0	8
Ef	0	0	0	0	0	0	0									0
Cu	0	0	0	0	0	0	0	X								1
Df	0	0	0	0	0	0	0									0
Ag	0	0	0	0	0	0	0									0
Nr	0	0	0	0	0	0	0									0
De	0	0	0	0	0	0	0									0
Sr	05	39	11	02	0	11	30									46
Oc	0	0	0	0	0	0	0									0

Donde: X = VALOR DE PROBABILIDAD INCONDICIONADA NO REAL

Las probabilidades condicionadas más fuertes se presentan entre las conductas de terapeuta y usuario. Se ubicaron por encima del 30 las diadas conductuales de Sin Resistencia/Enseñar con .39 y Sin Resistencia/Facilitar con 30

Tabla 20. Terapeuta 5: 2 sesión: 15 minutos divididos en intervalos de 20 segundos

terapeuta	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4
usuario	En	Fa	Fa	En	En	Et	Et	Et			Et													
	Sr	Sr		Sr		Sr	Cu	sr		Sr		Sr	Sr	Sr	Sr	Sr	Sr							
terapeuta	4	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	8	8	8	8	8
usuario	Et	H	A	Fa		Fa	En		Fa	Fa		En	Fa	Fa	En		Fa							
	Sr		Sr	Sr																				
terapeuta	8	8	8	9	9	9	9	9	9	9	10	10	10	10	10	10	11	11	11	11	11	11	12	12
usuario	Sr	A	En	En	En	En	En		Fa	Fa		Fa	Fa	Fa	En	En	En	Fa	Fa	Fa	Fa	Pr	sr	
	Sr																							
terapeuta	12	12	12	12	12	13	13	13	13	13	14	14	14	14	14	15	15	15	15	15	15	15	15	15
usuario	Pr	H	En	Et		Fa	Fa	Et	Et	Et	Et		Fa		Fa		Fa							
	Sr	Sr	Sr	Sr		Sr																		

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Se calculó la probabilidad incondicionada para cada categoría del registro con la siguiente fórmula:

$$\text{PROBABILIDAD INCONDICIONADA} = \frac{\text{Frecuencia de conducta}}{\text{Total de observaciones}}$$

En las Tablas 20a y 20b se muestran las frecuencias y probabilidades incondicionadas de cada categoría.

Tabla 20a Frecuencias y probabilidades incondicionadas de las conductas del terapeuta

Conductas del terapeuta	Frecuencia	Probabilidad Incondicionada
Apoyo	3	.04
Enseñar	35	.45
Preguntas	3	.04
Estructura	10	.12
Confrontar	0	0
Hablar	2	.02
Facilitar	25	.32
Total	78	.99

Tabla 20b. Frecuencias y probabilidades incondicionadas de las conductas del usuario

Conductas del usuario	Frecuencia	Probabilidad Incondicionada
Enfrentar	0	0
Culpar	1	.01
Defenderse	0	0
Agenda	0	0
No responde	0	0
Descalificar	0	0
Sin resistencia	78	.99
Otras conducta	0	0
Total	79	1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A partir de la combinación cruzada 1 a 1 de las conductas de terapeuta y usuario a lo largo del registro, se obtuvo una secuencia de interacción lineal (Tabla 18) de la cual se obtuvieron las frecuencias de "pares" de conductas de terapeuta y cliente a las que se les denominó como "secuencias" (Tabla 18c).

Tabla 18c. Secuencia de conductas en la interacción terapeuta - usuario

En	Sr	En	Sr	En	En	Sr	Fa	cu	en	en	sr	et	sr																
et	sr	sr	et	sr	et	H	sr	A	sr	fa	sr	sr	sr	fa	sr	En	Sr	sr	fa	sr	fa	sr	sr	en	sr	fa	sr	fa	
sr	En	Sr	En	Sr	En	Sr	En	Sr	Sr	Fa	Sr	A	Sr	En	En	Sr	En	Sr	En	Sr	fa	sr	sr	fa	sr	fa	sr		
fa	sr	fa	sr	fa	sr	En	Sr	En	Sr	En	Sr	Fa	Sr	Fa	Sr	Fa	Sr	Fa	Sr	Pr	Sr	Pr	Sr	En	Sr	En	Sr	en	En
En	Sr	En	Sr	En	Sr	Et	Sr	Fa	sr	Fa	sr	Et	Et	Sr	Et	Sr	Et	Sr	Sr	Fa	Sr	Sr	Fa	Sr	Sr	Fa	Sr		

Tabla 18d. Frecuencias de transición de cada secuencia

	Ap	En	Pr	Est	Co	Ha	Fa	Ef	Cu	Df	Ag	Nr	De	Sr	Oc	TOTAL
Ap								0	0	0	0	0	0	2	0	2
En								0	0	0	0	0	0	27	0	27
Pr								0	0	0	0	0	0	2	0	2
Est								0	0	0	0	0	0	7	0	7
Co								0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ha								0	0	0	0	0	0	2	0	2
Fa								0	1	0	0	0	0	22	0	23
Ef	0	0	0	0	0	0	0									0
Cu	0	0	0	0	0	0	1									1
Df	0	0	0	0	0	0	0									0
Ag	0	0	0	0	0	0	0									0
Nr	0	0	0	0	0	0	0									0
De	0	0	0	0	0	0	0									0
Sr	2	27	2	8	0	1	23									63
Oc	0	0	0	0	0	0	0									0

Para obtener la probabilidad condicional de las diferentes secuencias, se dividió cada frecuencia de interacción entre su marginal (Tabla 18e).

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

TABLA 18e Probabilidades condicionadas de transición para cada secuencia

	Ap	En	Pr	Est	Co	Ha	Fa	Ef	Cu	Df	Ag	Nr	De	Sr	Oc	TOTAL
Ap								0	0	0	0	0	0	X	0	2
En								0	0	0	0	0	0	X	0	27
Pr								0	0	0	0	0	0	X	0	2
Est								0	0	0	0	0	0	X	0	7
Co								0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ha								0	0	0	0	0	0	X	0	2
Fa								0	04	0	0	0	0	0	96	23
Ef	0	0	0	0	0	0	0									0
Cu	0	0	0	0	0	0	X									1
Df	0	0	0	0	0	0	0									0
Ag	0	0	0	0	0	0	0									0
Nr	0	0	0	0	0	0	0									0
De	0	0	0	0	0	0	0									0
Sr	03	43	03	13	0	01	37									63
De	0	0	0	0	0	0	0									0

Donde: X = VALOR DE PROBABILIDAD INCONDICIONADA NO REAL

En ésta ocasión, sólo se ubicaron por encima del 0.30 de probabilidad condicional las conductas: Sin Resistencia/ Facilitar con 37, Sin Resistencia Enseñar con 43 y por encima del .71 Enseñar /Sin Resistencia con probabilidad igual a 1

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**