



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“VALIDACIÓN SOCIAL DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN  
EN UN CENTRO DE CONSULTA EXTERNA”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:  
LAURA CECILIA ÁLVAREZ LEÓN**

**DIRECTORA:  
DRA. MARÍA DEL CARMEN MONTENEGRO NÚÑEZ**

**JURADO  
MTRA. MARGARITA MOLINA AVILÉS  
LIC. JOSÉ MANUEL MARTÍNEZ  
LIC. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ  
LIC. CECILIA MONTES MEDINA**

**SUPERVISIÓN CLÍNICA  
PSIC. REBECA SÁNCHEZ MONROY**

**Facultad  
de Psicología**

**MÉXICO, D.F.**

**ENERO 2013**



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.

## Índice

CAPÍTULO 1: ASPECTOS RELEVANTES DE LA MEDICINA CONDUCTUAL.....	6
CONCEPTUACIÓN DE LA MEDICINA CONDUCTUAL.....	6
ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y CONCEPTUALES.....	9
DIFUSIÓN DE LA MEDICINA CONDUCTUAL EN MÉXICO .....	16
LA APLICACIÓN DE LA MEDICINA CONDUCTUAL EN ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS.....	18
CAPÍTULO 2: LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE.....	20
CONCEPTO Y COMPONENTES .....	20
PROBLEMAS ACTUALES DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE .....	31
ASPECTOS PSICOLÓGICOS IMPLICADOS EN LA RMP .....	34
CAPÍTULO 3. VALIDACIÓN SOCIAL.....	38
CONCEPTO.....	38
LA RELEVANCIA DE LAS METAS.....	42
MODELOS PARA ABORDAR LA VALIDACIÓN SOCIAL .....	58
MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA EVALUAR LA VALIDACIÓN SOCIAL Y LOS PROGRAMAS TERAPÉUTICOS.....	65
II. MÉTODO .....	75
RESULTADOS.....	79
DISCUSIÓN .....	88
ANEXOS .....	103

## **INTRODUCCIÓN:**

A pesar de la existencia de varios modelos teóricos para tratar a un paciente, e independientemente de la elección que el terapeuta considere más adecuada para el caso, la efectividad del tratamiento dependerá de todo aquello que rodea al modelo, al terapeuta y al paciente mismo. Debemos considerar que todos los participantes se ven involucrados en aspectos de evaluación muy subjetivos, los cuales obstaculizan la visión real del trabajo llevado a cabo y del impacto de éste en el paciente. Las expectativas del paciente y del terapeuta deberán ser claras y objetivas, para así poder hablar de “compatibilidad objetiva” para lograr las metas deseadas.

Ser objetivo, en cualquier ámbito, no es tarea fácil. Analicemos, para comenzar, la evaluación del estudiante o del profesional por parte de sus superiores. En el trato directo con el paciente, tanto en la práctica del estudiante y aún en el ejercicio profesional de los psicólogos titulados, el psicólogo es constantemente evaluado por sus maestros y asesores para evaluar su desempeño como terapeuta. Dicha evaluación se basa, en muchas ocasiones, en puntos de vista muy particulares y en lineamientos con los que el terapeuta debe cumplir para ofrecer un buen servicio al paciente. Así mismo, el propio terapeuta puede formarse una opinión respecto a su trabajo basado en los resultados que observa en el paciente. Sin embargo, su percepción y la de sus maestros y supervisores puede ser muy subjetiva, ya que en ocasiones deja ver sesgos encaminados al cumplimiento de lineamientos o a la obtención de una calificación.

No es suficiente contar con esas evaluaciones, aún viniendo de los expertos. Se requiere que sean los propios profesionistas quienes cuenten con los mecanismos teóricos, técnicos y metodológicos para evaluar los productos e impacto social de sus intervenciones; bajo este contexto se ubica el proyecto que ponemos a consideración

La validación social, en su carácter de indicador de calidad del servicio prestado, conforma un rasgo educativo muy importante en la formación profesional del terapeuta. La evaluación de las intervenciones psicológicas es, sin duda, una competencia que debe estar presente tanto a nivel individual como a nivel institucional. En caso de que el

profesional no le exprese al terapeuta su opinión sobre su desempeño, es labor de éste indagar al respecto y sobre las razones de la opinión externada. Considerando estos aspectos, se abre paso al objetivo del presente trabajo, el cual va dirigido a la validación social como parte esencial de las intervenciones conductuales en la medida que evalúa la efectividad del tratamiento.

En éste caso en particular, se trabajará con la validación social del proceso de intervención en un centro de consulta externa, específicamente en el programa de atención a pacientes crónico degenerativos tratados bajo el enfoque cognitivo – conductual. De manera particular abordaremos la validación social que los pacientes reconocen, ya que ellos son los que finalmente, a través de su evaluación, nos indican si el tratamiento recibido, con todo lo que éste implica, fue efectivo o no. El impacto del tratamiento en el paciente es vital para poder determinar la efectividad de la terapia, por lo cual será importante que él ubique de manera objetiva los beneficios obtenidos.

Es así como la validación social indica si la intervención basada en el análisis conductual aplicado ayudó a los pacientes de manera evidente en la vida cotidiana o no. De ahí la importancia de su estudio para evaluar el desempeño de todas las personas involucradas en el proceso terapéutico que recibe un paciente; desde el proceso de admisión, en su carácter de administrativo, hasta la finalización de la intervención, en su carácter meramente terapéutico.

El trabajo ofrecerá, a partir de los resultados obtenidos, recomendaciones de utilidad para hacer de la validación social un aspecto muy importante a considerar en la prestación del servicio de consulta externa.

Para lograr el objetivo, iniciaremos el primer capítulo con una focalización hacia el tipo de pacientes objeto de esta tesis, es decir, aquellos que presentan una relación entre enfermedad física / emocional. Posteriormente, hablaremos de la relevancia de la medicina conductual y de la relación tripartita: enfermedad, terapeuta y paciente; siendo éstos últimos dos elementos, el tema medular del capítulo dos del trabajo. Una vez desarrollados estos conceptos, y habiendo comprendido su importancia, daremos paso, de manera lógica y secuencial a un tercero en el último capítulo: validación

social. Se hablará del concepto de validación, su relevancia y modelos para trabajarla; así como métodos y técnicas de aplicación como parte de la evaluación del servicio.

Como antecedentes, en relación al tema de validación social, se muestran aquellos encontrados de cinco años atrás a la fecha, por ser éstos los más representativos de los aspectos relevantes; sustentados con la documentación pertinente.

Siendo ésta una tesis documental -como planteamiento adicional- se utilizó un diseño de estudio transversal, de tipo empírico, que contempló el marco teórico descrito.

La percepción del servicio proporcionado a los pacientes que conformaron la muestra, se expone a través de la validación social, como parte de los resultados. Éstos, conjuntamente con los antecedentes dieron pie a la discusión presentada.

Finalmente, en el apartado de las conclusiones, éstas se plasman con las algunas sugerencias que surgen a partir de éstas.

## **CAPÍTULO 1: ASPECTOS RELEVANTES DE LA MEDICINA CONDUCTUAL**

El objeto de el presente trabajo es medir el impacto del tratamiento cognitivo-conductual recibido por pacientes cuya salud se ha visto mermada por aspectos psicológicos, o bien, que presentan una enfermedad física y, al desconocerlo, atribuyen los síntomas a aspectos emocionales.

De aquí se desprende la relación mente-cuerpo en ambas direcciones, razón por la cual éste capítulo habla de la relación psicosomática y de la medicina conductual. De ésta última se incluye su conceptualización y una cronología de sus antecedentes tanto históricos como conceptuales, al igual que de su desarrollo y difusión en México.

### **CONCEPTUACIÓN DE LA MEDICINA CONDUCTUAL**

Dentro de la Bibliografía existente, se pueden encontrar múltiples definiciones de esta disciplina, sin embargo cito dos, que a mi parecer, son muy representativas:

Taylor (1982) afirmó que la Medicina Conductual consiste en comprender la salud física y la enfermedad a través del conocimiento y aplicación de técnicas conductuales, con la finalidad de prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar a los pacientes.

Por su parte, Schwartz (1978) señaló que la Medicina Conductual, en su carácter interdisciplinario, se encarga de desarrollar e integrar dos ciencias: las biomédicas y las conductuales. Así mismo, comprende el conocimiento y la aplicación de técnicas conductuales relevantes para la salud, englobando la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

De ambas definiciones se puede recapitular que es un campo de carácter multidisciplinario enfocado a las condiciones médicas desde una perspectiva conductual y social. Para lograr cambios conductuales en el paciente hace uso de técnicas de intervención tradicionales como: relajación progresiva, refuerzo positivo, reestructuración cognitiva, contratos conductuales, entre otras.

Según Feldman y Christensen (2007), entre las estrategias exitosas de cambio conductual relacionadas con la salud tenemos

- Cambios en estilos de vida: Se basa en una serie de cambios como el mejoramiento en la nutrición aumento de la actividad física, dejar de fumar, uso apropiado de los medicamentos, prácticas sexuales seguras, prevención y reducción del consumo de drogas y alcohol.
- Entrenamiento: Afrontamiento, relajación, monitoreo, manejo del estrés, administración del tiempo, manejo del dolor, solución de problemas, habilidades de comunicación, establecimiento de prioridades.
- Apoyo Social: Educación grupal, apoyo y entrenamiento del responsable de los cuidados (familiares y personales de salud), desarrollo de redes de apoyo.

Entre las áreas de intervención e investigación están:

- Enfermedad cardiovascular
- Dolor relacionado a enfermedad
- Dolor de cabeza
- Dolor miofacial
- Apoyo social
- Asma
- Depresión
- VIH/SIDA
- Calidad de vida
- Salud de la mujer
- Ansiedad
- Cáncer
- Rehabilitación
- Enfermedad pulmonar
- Presión arterial alta

- Dolor crónico
- Diabetes

La medicina conductual se sustenta en la suposición básica de que los cambios a nivel conductual y en el estilo de vida ayudan enormemente a mejorar la salud, prevenir la enfermedad y/o reducir sus síntomas.

De acuerdo con autores como Schwartz, (1978); Reig, (1981); Taylor, (1982) y Eiser, (1982), la Medicina Conductual consiste en aplicar técnicas del análisis experimental de la conducta con el fin de lograr modificar las conductas peligrosas para la salud física. Así mismo, puede ayudar al enfermo actuando directamente sobre la enfermedad corporal; apoyándolo para lograr adherencia al tratamiento médico y, enseñándole a modificar las conductas que representan factores de riesgo para su enfermedad.

Cuando un paciente presenta cambios a nivel conductual que traen consigo una serie de beneficios, la persona empieza a sentirse mejor, tanto física como emocionalmente, Dicho bienestar redunda en el incremento de habilidades dirigidas al cuidado personal y al aprender a vivir con una enfermedad crónica.

Como ejemplos de cómo la conducta afecta a la salud tenemos:

- Prevención del establecimiento de una enfermedad
- Fortalecimiento de la respuesta inmune
- Disminución de la presión arterial
- Mejorar la calidad de vida
- Mejorar la fuerza, resistencia y movilidad
- Decremento del dolor
- Aumento de la relajación
- Aumento de la capacidad funcional

Otro beneficio de las intervenciones conductuales es que contribuyen a la reducción del uso excesivo de los sistemas de salud y los costos subyacentes, ya que la atención es

integral a todos los aspectos de la asistencia sanitaria: prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y CONCEPTUALES

El surgimiento de la medicina conductual deriva de tres factores básicos, que son:

- La biorretroalimentación
- El análisis conductual aplicado y
- El cambio en el perfil epidemiológico.

Además de esos factores clave, hay situaciones muy particulares que contribuyen como antecedentes de la medicina conductual.

A continuación se destacarán los eventos que resultan más relevantes a lo largo de diferentes décadas del siglo XX, tanto en Estados Unidos como en México. La cronología se hace atendiendo a los registros históricos, los cuales simplemente se describen, ya que profundizar en ellos no es el propósito de esta tesis. Dicha visión, nos permite observar cómo el paralelismo, influencia y fusión entre los dos países originó intensa actividad en nuestro país en el campo de la medicina conductual durante la década de los 90 y en la del 2000

### ➤ Década de los 60:

- En 1969, en los Estados Unidos, William Schofield publicó un artículo llamado "El rol de la psicología en la prestación de servicios de salud". Dicho escrito afirmaba que tanto la salud mental como la física son parte del campo de la salud, pero de manera conjunta, ya que no deben considerarse como entidades separadas. El autor confirmó que, hasta entonces, la psicología solo se había centrado en tres rubros fundamentales: la psicoterapia, la esquizofrenia y el retraso mental. Tras la persuasión de Schiefeld, los psicólogos ampliaron la visión de la psicología al incluir áreas relacionadas con la salud física. El autor enfatizó la importancia de los factores psicológicos en la etiología de la

enfermedad, en la adherencia terapéutica y, por lo tanto, en la respuesta al tratamiento. Este es sólo un ejemplo de un acontecimiento de alta relevancia para el valor histórico en el surgimiento de la medicina conductual.

- La Universidad Veracruzana (Xalapa, Ver.) impulsa una psicología científica basada en el análisis experimental de la conducta.
- Incorporación de una importante generación de analistas conductuales, encabezados por Gustavo Fernández Pardo, Javier Aguilar Villalobos y Arturo Bouzas (Martínez, 2006).
- Creación del primer centro de análisis conductual aplicado en México: Centro de Entrenamiento y Educación Especial (Martínez, 2006).

#### ➤ Década de los 70

- Aportaciones importantes a la medicina conductual desde el campo del análisis experimental de la conducta; a través de relevantes aplicaciones clínicas del Biofeedback y de la extensión de los principios del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante al tratamiento de múltiples padecimientos
- Primer congreso sobre medicina conductual (1977); Universidad de Yale, E.U.A.
- Reunión de importantes especialistas de las áreas de la salud y de las ciencias sociales; cuyo resultado principal fue la definición más específica del campo de aplicación de la medicina conductual.
- Fundación de la Academia de Investigación en Medicina Conductual (E.U.) (1978). Dicho organismo define a la medicina conductual como el campo interdisciplinario que se ocupa de la integración de la ciencia de la conducta con la biomédica; con el fin de desarrollar y aplicar los conocimientos y técnicas dirigidos a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades (Schwartz & Weiss, 1978)

- Primer número del *Journal of Behavioral Medicine*.
- Publicación de la revista *Biofeedback and Self – Regulation*, la cual reportaba investigaciones sobre la aplicación de las técnicas y procedimientos basados en la medicina conductual a enfermedades como hipertensión arterial, dolor crónico, asma infantil, desórdenes cardiovasculares, rehabilitación neuromuscular y cáncer.
- Establecimiento de la Academy Research in Behavioral Medicine, en E.U.
- Celebración, en la Ciudad de México, del Tercer Congreso Latinoamericano de Análisis de la Conducta; con la destacada participación de B. F. Skinner. De esta manera, se sentaron las bases para la consolidación de la investigación conductual en México.

➤ Década de los 80

En esta década, debido a la riqueza de conceptos en torno a la medicina conductual, algunos autores los puntualizan y/o enumeran para hablar de su surgimiento, crecimiento y de los niveles de interacción que la conforman. En el siguiente segmento, se revisa la información proveniente de cada uno de los autores.

- Blanchard, (1982) menciona tres acontecimientos que favorecieron el surgimiento de la medicina conductual en los años setentas.
  - a) La utilización de un conjunto de técnicas efectivas de modificación conductual aplicadas a pacientes con problemas de salud; no de índole mental. Tales problemas de salud fueron: la obesidad, el tabaquismo y adicciones, entre otros.
  - b) El hecho de que el campo de la biorretroalimentación abría la posibilidad de realizar intervenciones terapéuticas efectivas para trastornos somáticos como migraña, hipertensión, cefaleas de tensión, úlceras y dolor crónico.
  - c) La atención dirigida hacia las dos principales causas de mortalidad en adultos (cáncer y enfermedades cardiovasculares). Además, se reconocía el importante

papel que los cambios conductuales jugaban en el tratamiento y prevención de esas enfermedades.

- Agras, (1979) señala cuatro factores favorecedores del rápido crecimiento de la medicina conductual:

1.- El antecedente de que la medicina psicosomática generó investigación que vinculaba a los factores psicológicos con un importante número de enfermedades,

2.- El análisis conductual aplicado como área de intervención, había generado procedimientos de tratamiento psicológico; conductualmente orientados a los trastornos físicos.

3.- Los estudios epidemiológicos habían identificado ciertos factores que aumentaban el riesgo asociado con algunas enfermedades.

4.- El interés por la prevención en lo general y en particular por los factores psicológicos y sociológicos involucrados en el trabajo preventivo. Dicho interés surgió a raíz del aumento en los costos del tratamiento a las enfermedades.

De acuerdo con Orth-Gomer (1984), la medicina conductual tiene cuatro niveles de interacción:

- Interacción entre disciplinas:

Aquí se reconoce que las ciencias del comportamiento y las ciencias biológicas se pueden enlazar; por ejemplo, el impacto de las medidas de personalidad en la predicción de enfermedades cardiovasculares.

- Interacción entre factores de riesgo:

En ésta área se vinculan los factores de riesgo médicos con los factores de riesgo conductuales.

- Interacción entre conceptos:

Consiste en demostrar el enriquecimiento de una teoría dada la integración de conceptos originados en distintos campos del conocimiento.

- Interacción de profesionales:

Aspecto relacionado con el diálogo entre científicos de diferente formación académica y cultural para así, lograr la integración de las diversas disciplinas.

- Importantes intervenciones en el campo de la medicina conductual en México, a cargo de Xóchitl Gallegos y Víctor Alcaraz; quienes explicaron el Biofeedback para el tratamiento de migrañas, parálisis facial, arritmias cardíacas, control de esfínteres y ciertas parestias y tipos de epilepsia (Alcaraz, 1977; Alcaraz, Castro-Velázquez, De la Cruz & Del Valle, 1981; Gallegos & Torres Torrija, 1983; Gallegos, Medina, Espinoza & Bustamante, 1987).
- Fundación del Laboratorio de Plasticidad Cerebral, dentro de la Facultad de Psicología de la UNAM, bajo la coordinación de Jorge Palacios.
- Exitosa utilización de la biorretroalimentación para el tratamiento de diversas parálisis neuromusculares (Laboratorio de Plasticidad Cerebral).
- Establecimiento del programa de Psicología de la Salud en conjunto con la Secretaría de Salud y la Facultad de Psicología de la UNAM. Bajo dicho programa se desarrolló el primer proyecto de investigación sobre el condicionamiento de ritmos eléctricos cerebrales para el tratamiento de la epilepsia (Rojas, 2002).
- Investigaciones a cargo de Mario Rojas Russell sobre Diabetes mellitus y peso corporal como factores de riesgo (Anaya, Carvajal, Charles, Hurtado, Mayor, Rojas y Sánchez, 2002).

- Elaboración de documentos relevantes sobre la psicología clínica y de la salud (García, Rojas, Vargas, 2001; Rojas, 2002; 2005).
- Fundación del Laboratorio de Conducta Humana Compleja por Rocío Hernández Pozo en la Escuela Nacional de Estudios Superiores Iztacala (ENEP Iztacala) UNAM.

➤ Década de los 90:

- Proyecto de investigación sobre la creación de un sistema experto computarizado de evaluación (ENEP Iztacala). (Rodríguez, Hernández-Pozo, Álvarez y Negrete, 1989).
- Programa de cómputo para evaluar la tolerancia a la frustración entre atletas mexicanos (ENEP Iztacala). (Hernández-Pozo, Serrano, Méndez, Montes y Rodríguez, 1992).
- Enseñanza de comportamiento saludable vía escenarios virtuales (ENEP Iztacala). (Hernández-Pozo, Harzem y Rossi, 1990; Hernández-Pozo, 1998).
- En la Facultad de Psicología de la UNAM se realizaron trabajos sobre el manejo del dolor crónico en las áreas de psiconeuroinmunología y en la de biorretroalimentación (Domínguez, 1995, 1999, 2000 y 2001).

➤ Década de los 2000

- Realización de los primeros estudios sobre trasplantes de órganos y tejidos en población mexicana; bajo la coordinación de Graciela Rodríguez (Rodríguez, Pérez, Rojas, Reyes y Méndez, 2004).
- Trabajos sobre los aspectos relacionados con el estrés ambiental en las instituciones de salud; dichos trabajos se realizaron en el área de la psicología ambiental con enfoque en la medicina conductual (Ortega 2004, 2005).

- Trabajos sobre el impacto ambiental de los escenarios hospitalarios en los pacientes y sus familiares; así como trabajos con médicos y enfermeras (Ortega, y Urbina, 1984; López, Ortega y Acuña, 1990; Ortega y Aguilar, 2003).

De lo anterior, podemos resumir que por medio de los estudios llevados a cabo en México, se ha podido identificar las contribuciones científicas, tecnológicas y de intervención de equipos interdisciplinarios, encontrándose que las líneas de investigación giran en torno al desarrollo de modelos de intervención, sobre epidemiología conductual, educación para la salud, salud y género, envejecimiento normal y patológico, trasplante de órganos y tejidos, adherencia terapéutica, conducta agresiva y comportamiento antisocial, diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, VIH/SIDA, adicciones, estrés, dolor crónico, ira, hostilidad, Biofeedback, políticas públicas, derechos humanos y bioética (Rodríguez y Rojas, 1998; Rodríguez y Jaén, 2004).

Es claramente observable que la Medicina Conductual en México se ha caracterizado por la reunión de científicos provenientes de diferentes áreas del conocimiento, para así, definir las acciones que permitan que la población mexicana tenga acceso a una mejor calidad de vida y de esa manera, poder enfrentar los principales retos de la atención de la salud.

El desarrollo de la medicina conductual ha promovido las actividades de investigación interdisciplinaria. Bajo esta lente se reconoce la necesidad del conocimiento y de la experiencia de diversas disciplinas para la comprensión e intervención multifacética en los problemas de salud en la actualidad.

Cabe aclarar que para la efectiva colaboración entre disciplinas, no es necesario que todas ellas tengan una misma perspectiva. La oportuna intervención conjunta e interdisciplinaria con otros profesionales de la salud permite prevenir disfunciones orgánicas y/o enfermedades.

El campo de la medicina conductual aborda el trabajo conjunto, integral y complementario hacia la atención de pacientes con problemas crónicos, a través de

diferentes modelos de intervención, que implican básicamente entrenar al paciente para vivir en mejores condiciones y evitar deterioros psicológicos y conductuales para así, mejorar la calidad de vida del paciente. Los modelos clínicos que han demostrado mayor eficacia al abordar problemáticas de salud son los derivados de la Teoría Cognitivo Conductual (Martínez y Piqueras, 2010).

## DIFUSIÓN DE LA MEDICINA CONDUCTUAL EN MÉXICO

Habiendo ya hablado de los acontecimientos más relevantes que se consolidaron como antecedentes de la medicina conductual, llegamos al punto de hablar de su difusión, aspecto en el que, sin duda, el siglo XXI tiene un gran impacto; siendo su primera década un claro reflejo de los años de trabajo anterior. Es importante reiterar que seguramente la difusión fue mucho más rica y diversa, sin embargo, los textos recopilados reflejan sólo parte de ella, misma que se menciona a continuación, solo a título de ejemplo

### ➤ 2001:

- Fundación de la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual, siendo Graciela Rodríguez su presidenta fundadora; actualmente se encuentra a cargo de Luis Ibarrola Calleja.

### ➤ 2002:

- Organización del Coloquio de Medicina Conductual, en donde participan la Facultad de Psicología y la Asociación para Evitar la Ceguera en México.

### ➤ 2005:

- Organización de la Primera Reunión Latinoamericana y del Caribe de Medicina Conductual en la Ciudad de México, junto con la Sociedad Internacional de Medicina Conductual.

➤ 2006:

- Coloquio de Medicina Conductual “Manejo de enfermedades crónico-degenerativas y emergentes: una visión hacia el futuro”.

➤ 2009:

- Organización del Coloquio de Medicina Conductual, con la participación de cientos de científicos de otras entidades del país, así como de otras disciplinas relacionadas con la salud.

Paralelamente a los trabajos aquí mencionados, las presentaciones de trabajos y conferencias sobre temas de salud y del comportamiento han sido una constante en los diversos congresos de psicología. Dicha actividad ha permitido la configuración de líneas, temas y niveles de intervención o participación de los profesionales de la salud en los ámbitos de la cardiología, neumología, oftalmología y otras especialidades médicas. Es por eso, que el desarrollo de la Medicina Conductual en México se ha reconocido en diversos escenarios de nuestro país, tanto a nivel urbano como rural. El primer libro de *Medicina Conductual en México* se editó como resultado del primer Coloquio de Medicina Conductual.

Todo este reconocimiento toma aún más relevancia si tomamos en cuenta que la American Psychological Association (2000), determinó que la década 2000 – 2010 es la “Década del Comportamiento”. La premisa para tal categorización indica que los principales problemas que aquejan a la población mundial pueden prevenirse o aliviarse mediante cambios conductuales, centrando sus metas en mejorar la educación y la atención a la salud, aumentar la seguridad en hogares y comunidades, y atender las necesidades de una población que envejece, destacando el papel de la Medicina Conductual en ese sentido.

A pesar de toda esta actividad en el campo, aún queda mucho por hacer en nuestro país en este ámbito. Por ejemplo, es de suma importancia impulsar la investigación en las instituciones del sector salud, no sólo en las educativas; conformar estudios de

post-grado que permitan la formación de profesionales en áreas que abarquen especialidades relacionadas con el cada vez más complejo estado de salud de la sociedad. Igualmente, es medular que existan mecanismos dirigidos a la identificación y reunión de todos aquellos profesionales de las ciencias de la salud que llevan a cabo investigaciones, formación de recursos humanos, y trabajo profesional en Medicina Conductual; de tal manera que haya congruencia entre lo *inter, multi y transdisciplinario* en este campo.

## LA APLICACIÓN DE LA MEDICINA CONDUCTUAL EN ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS

Muchas enfermedades físicas se originan en conductas inadecuadas relacionadas con el cuidado de la salud. Dichas enfermedades presentan síntomas que adquieren un tono emocional bajo la lente del paciente. Ante dicho “problema emocional”, el paciente acude a terapia psicológica, cuando en realidad lo que padece es una enfermedad de origen físico que repercute en su estado emocional. De este punto se deriva la importancia de referir al paciente con su médico para un chequeo completo, en caso de no tener un diagnóstico reciente de alguna enfermedad crónica – degenerativa. Esta situación está muy cercanamente ligada al hecho de que en la práctica de la psicología es muy común encontrarse con personas que padecen alguna enfermedad y que ésta, sin embargo, no se ha expresado de forma sintomática, como lo es el caso de la diabetes o de la hipertensión. Los médicos frecuentemente derivan a estos pacientes a la consulta psicológica en busca de apoyo para lograr adherencia al tratamiento médico. A pesar de ello, muchas personas no comprenden el diagnóstico, niegan tener la enfermedad diagnosticada o, simplemente, sus creencias respecto a la sintomatología no concuerdan con la del médico tratante. El profesional de la psicología, y en especial en el campo de la medicina conductual debe hacer una alianza con el sistema de derivación.

Cuando algún aspecto de nuestras vidas requiere de cuidados, la expresión de esta situación se da a través de síntomas físicos. En la medida en que las emociones, el estrés o los sentimientos negativos se intensifican, de igual manera lo hacen las

respuestas emocionales y/o las respuestas cognitivas. Cuando la armonía en la relación mente-cuerpo se ve alterada como resultado de emociones y/o pensamientos negativos o displacenteros, modificaciones en el ciclo vital, baja autoestima, alteraciones funcionales, o situaciones altamente impactantes a nivel emocional que generan estrés, la respuesta inevitable es un impacto que se traduce en síntomas o enfermedades psicosomáticas. De aquí se desprende el concepto de que la medicina psicosomática es un enfoque terapéutico en donde la totalidad de los procesos integrados entre los sistemas somático, psíquico, social y cultural se ven englobados.

La esfera psicológica se puede ver afectada por procesos que emergen de lo orgánico; tal es el caso de traumatismos, enfermedades endócrinas, alteraciones funcionales, enfermedades oncológicas, etc. La afección en el ámbito de lo psicológico se gesta como la reacción ante la enfermedad o bien, porque la afección en sí tiene repercusiones en lo psíquico. Las situaciones emocionales tienen un poder desencadenante de enfermedades psicosomáticas tan fuerte como lo es el de las bacterias, toxinas y los traumas vividos.

El sistema inmunológico juega, sin duda alguna, un papel muy importante como disparador de enfermedades. Las inmunodefensas se ven seriamente disminuidas cuando los estados depresivos, las situaciones de tensión emocional y el estrés se presentan por períodos prolongados.

La influencia de los aspectos psicológicos también tiene gran peso de manera contraria, es decir, el bienestar psicológico influye de manera importante en la recuperación del paciente. Por todo lo anterior, podemos concluir que es importante escuchar a nuestro cuerpo, ya que detrás de todo síntoma físico se esconden sentimientos, temores, pensamientos y reacciones emocionales; atender estos síntomas es una forma de mantener la salud y un estilo de vida equilibrado en la relación cuerpo-mente.

## CAPÍTULO 2: LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE

### CONCEPTO Y COMPONENTES

Las relaciones interpersonales son, sin duda muy complejas y una de ellas es aquella entre el paciente y el médico. Un aspecto que, sin duda, hace de esta relación tan especial, son todas esas cualidades que, de manera casi mágica, se le atribuyen a cualquier profesional de la salud. Todas esas atribuciones, ya sean reales o imaginarias, hacen del médico “un ser especial”, ya que el paciente deposita en él toda su confianza para ser “curado”. De manera adicional a todas esas “virtudes que el médico debe tener”, nos encontramos simplemente con las características de su formación académica y ética, que hacen de él, un profesional del que en muchas ocasiones se espera más de lo debido, cuestiones que simplemente están fuera de su alcance.

En el presente capítulo hablaremos de las relaciones interpersonales, en específico de aquellas entre el paciente y el profesional de la salud física y / o mental.

Iniciaremos señalando que esa relación mágica en cuanto a la envergadura y esencia del médico es muy demandante y, en consecuencia: insostenible. De ahí que enfatizamos que la Relación Médico-Paciente (RMP) es una relación interpersonal con tintes éticos, filosóficos y sociales de tipo profesional que sirve de base para la promoción de la salud. Para que esta relación se desarrolle exitosamente, se debe dar en un contexto humano.

Sin duda, la característica de mayor impacto psicológico y social de la RMP es que el profesional de salud es el único que tiene la “autorización” del paciente para llegar a lo físico y lo emocional y, de alguna manera, manipularlo (González Menéndez, 2004).

La RMP es una relación de cooperación guiada, como la que se establece con pacientes en condiciones de cooperar con su diagnóstico y tratamiento; dicho es el

caso de enfermedades agudas como la neumonía y crónicas como la hipertensión arterial.

Al mismo tiempo, la RMP es de participación mutua, ya que no solo contempla la adherencia al tratamiento, sino la discusión de situaciones y actitudes relacionadas con la causa y la evolución de la enfermedad.

En la RMP es de gran importancia tomar en cuenta las características personales tanto del médico como del paciente. El médico por su parte, debe ser objetivo y conocer su carácter, sus fortalezas y debilidades, su nivel de información y sus límites para el manejo de una situación determinada. El médico debe considerar los objetivos del paciente y una manera de hacerlo claramente es estableciendo sólidas vías de comunicación verbal y no verbal entre ellos.

De igual manera, el paciente debe tener conciencia del momento de vida por el que está pasando, de su situación, y del contexto general en el que surge y/o evoluciona la enfermedad. De ser así, el paciente tendrá mayor capacidad de objetividad y por lo tanto abrirá todos los caminos para dar paso a una RMP sana, siempre y cuando ambas partes contribuyan lo más equitativamente posible.

A pesar de las diferencias teóricas entre terapeutas, es bien sabido que la relación terapéutica es muy importante dentro del proceso de intervención. Lo es porque además de constituir el principal medio para obtener y manejar los sentimientos e ideas que se persiguen para que cambie la conducta del paciente, con frecuencia determina si el consejo terapéutico se va a producir o no. Una relación efectiva proporciona el ímpetu y la base para que las estrategias de intervención directas logren los efectos deseados.

Hay autores que desagregan tantos los aspectos personales como los profesionales (modelos teóricos, técnicos y metodológicos), tal como lo hace Judith Beck. La autora señala que un terapeuta efectivo es aquel que logra el equilibrio entre sus competencias interpersonales y técnicas; éste debe contar con ciertas características comprendidas en las áreas de competencias interpersonales, auto-exploración y

aspectos axiológicos. De estas tres áreas se desprenden características específicas como lo son:

- Competencia Intelectual

Los terapeutas deben conocer y ser lo suficientemente curiosos como para querer comprobar y conocer qué le sucede a los clientes. Lo anterior implica búsqueda de información para tomar decisiones acertadas sobre la elección del tratamiento y el progreso del cliente.

- Energía

El dinamismo y la intensidad inspiran la seguridad y el refuerzo suficiente para que los pacientes colaboren y sean activos durante las sesiones.

- Flexibilidad

Un terapeuta no debe estar sujeto a una sola ideología o metodología para tratar a todos sus pacientes. Los terapeutas flexibles adaptan métodos a cada cliente, en vez de forzar a éste a que se adapte al método del terapeuta.

- Apoyo

El apoyo engendra esperanza, reduce la ansiedad del paciente y proporciona seguridad emocional. La relación terapéutica se debe experimentar como un apoyo pero nunca como una protección incondicional. El terapeuta debe mantener un equilibrio entre el apoyo y la protección para evitar que se genere la dependencia del cliente y para evitar “rescatarlo”.

- Buenos deseos

Los terapeutas que tienen buenos deseos trabajan a favor de sus pacientes y no en beneficio de sí mismos. El buen deseo también implica que nos comportemos de forma ética y responsable con los pacientes.

- Conocimiento de Sí Mismo

La habilidad de implicarse en una interacción interpersonal efectiva esta influida por los sentimientos y actitudes que tenemos con respecto a nosotros mismos. Si carecemos de dicho autoconocimiento es probable que no seamos capaces de establecer el tipo de relación terapéutica más idónea para el cliente. Si no nos sentimos competentes o válidos como personas, podemos transmitir esta actitud hacia el cliente. Los sentimientos y actitudes sobre uno mismo que sean muy fuertes pueden influir significativamente sobre nuestra conducta con los clientes. Debemos ser conscientes de nuestras capacidades, limitaciones y debilidades.

Es el propio conocimiento de nosotros mismos el que nos permitirá proyectarnos como profesionales competentes ante el paciente. Tal auto-conocimiento debe manejarse con mucho cuidado, ya que de no hacerlo así, se puede caer en el egocentrismo que, muy probablemente podría llevarnos a tener actitudes egoístas y quizá arrogantes con el paciente.

Así mismo Beck hace mención a seis áreas que el terapeuta debe examinar atentamente; hacerlo, le dará óptimos resultados con su paciente, estas áreas son:

- 1) Competencia

Sus sentimientos de competencia profesional pueden influir sobre su conducta observable y encubierta en las interacciones terapéuticas. Un terapeuta que tema al fracaso puede enfocar el consejo con una actitud excesivamente positiva. El temor al fracaso puede intervenir para evitar conflictos. La interacción terapéutica puede permanecer superficial porque las dificultades y los temas conflictivos no se ventilan.

Un terapeuta que teme al éxito puede estructurar un consejo de tal modo que pueda mantener o confirmar su auto concepto negativo.

- 2) Poder

Los sentimientos no resueltos sobre sí mismo en relación al poder y al control pueden incluir la impotencia, la pasividad, la dependencia. Existen múltiples formas de utilizar

indebidamente el poder del consejo. Un terapeuta que teme ser impotente o débil, o que teme perder el control puede intentar ser omnipotente.

### 3) Intimidad

Un terapeuta que tiene problemas con su intimidad puede temer al rechazo o puede sentirse amenazado por la cercanía y el afecto. Puede comportarse de tal modo que encuentre la necesidad de ser aceptado y querido por el cliente. Un terapeuta que teme a la intimidad y el afecto puede generar una relación demasiado distante.

### 4) Valores

Los valores son nuestros sentimientos o actitudes sobre algo y nuestras conductas o acciones preferidas. En las interacciones con los clientes es imposible estar libre de valores; se intercalan en cualquier interacción.

Los estereotipos del terapeuta pueden tener un efecto limitador sobre el proceso terapéutico. Los tipos de estereotipo más perjudiciales son los relacionados con los roles sexuales y étnicos. Por ejemplo, se ha probado que durante el proceso de orientación, muchos terapeutas transmiten las actitudes estereotípicas de los roles sexuales pertenecientes a nuestra cultura occidental.

### 5) Características éticas

La relación terapéutica necesita ser manejada de forma que favorezca y proteja el bienestar del cliente. El manejo ético de las relaciones terapéuticas es una señal distintiva del terapeuta. El sistema de valores del terapeuta es un factor importante que determina el comportamiento ético

Los terapeutas están obligados a proteger el bienestar de sus clientes. El terapeuta debe estar intelectual y emocionalmente dispuesto a dar lo mejor que puede a cada paciente, o ver que el cliente tiene una posibilidad alternativa si su atención no es la más conveniente.

Los terapeutas normalmente no pueden revelar información sobre sus clientes salvo que hayan recibido de antemano la autorización escrita del cliente. Un caso

excepcional es aquel en el que el cliente está expuesto a una amenaza grave o pueda incurrir en un delito grave.

Cuando el terapeuta mantiene una relación terapéutica con el cliente y simultáneamente con la misma persona, mantiene cualquier otro tipo de relación, estamos hablando de una relación dual; la cual es problemática porque reduce la objetividad del terapeuta, confunde la cuestión y a menudo coloca al cliente en una posición de obligado consentimiento.

Hablar de cuestiones éticas nos lleva al pleno reconocimiento de que los pacientes tienen derechos. Desde el principio, el terapeuta debe proporcionar al cliente suficiente información sobre la terapia, para que el paciente pueda hacer una elección consciente (consentimiento informado). En éste se tratan cuatro aspectos importantes:

- Confidencialidad y sus limitaciones.
- Procedimientos y propósitos de la terapia y los posibles efectos secundarios del cambio.
- Los conocimientos y la experiencia del terapeuta.
- Otros recursos y fuentes de ayuda alternativa a la terapia clásica.

Derivar a un cliente a otro terapeuta puede ser necesario cuando, por una razón u otra, no se le puede proporcionar al paciente el servicio o cuidado requerido. La derivación conlleva más que proporcionar al cliente el nombre de otro terapeuta. El terapeuta debe obtener un permiso escrito del cliente antes de tratar el caso con otro terapeuta. Para prevenir el abandono, el terapeuta debería hacer un seguimiento de la derivación y comprobar que se ha producido un contacto apropiado.

#### 6) Objetividad emocional:

Si el terapeuta y el cliente se mantienen alejados o distantes en la relación, el cliente sentirá que el terapeuta es frío, mecánico y despreocupado. Sin embargo, si el terapeuta se implica demasiado puede asustar al cliente o puede perder toda su objetividad y obscurecer su capacidad de juicio. El grado de objetividad emocional e

intensidad sentida por los terapeutas puede afectar la transferencia y la contratransferencia. Para manejar ambas con eficiencia, el terapeuta necesita, antes que nada, estar consciente de cuándo se produce dicha dinámica. Señales de su aparición son el surgimiento inmediato de emociones fuertes en cualquiera de las dos partes. El terapeuta que no acierta a reconocer la transferencia y la contratransferencia puede responder inadecuadamente a las necesidades del cliente.

Los terapeutas deben estar siempre al tanto del impacto que producen sobre los clientes y que los clientes producen sobre ellos. El impacto demasiado débil o demasiado intenso al final o durante el proceso puede afectar negativamente la relación terapéutica. Cada uno debe buscar el nivel de implicación emocional que sea suficiente para generar la implicación del cliente sin que se nuble la objetividad. Por lo tanto, el terapeuta deberá contar con una serie de destrezas fundamentales: de relación, de respuesta y de escucha.

Como podemos observar, de acuerdo con Beck, la labor del terapeuta definitivamente dista de ser aquella pasiva en la que solo se escucha al paciente. El terapeuta debe tener conciencia de sí mismo, de su paciente, y del contexto en el que se da la RMP para entenderla mejor y obtener los resultados que ambos esperan.

Al parecer, dicha postura tiene cierto nivel de sensatez, ya que independientemente de la orientación terapéutica de cada profesional, existen factores que definitivamente siempre deben estar presentes como los son: la ética profesional, con todas sus implicaciones y el deseo auténtico de proporcionarle al paciente las herramientas que necesite para enfrentar su situación, cualquiera que ésta sea.

Encontramos otros autores que hablan de las destrezas de relación, de respuesta, y de escucha que se aplican en la mayoría de los enfoques asistenciales. Estas destrezas tienen su origen en una teoría del consejo desarrollada por Rogers (1951), denominada terapia centrada en el cliente o terapia centrada en la persona. En el contexto de la terapia, el crecimiento del cliente se asocia con niveles altos de tres condiciones: empatía, genuinidad y respeto, condiciones de las cuales se deriva la información más detallada que se presenta a continuación:

#### a) Empatía o precisión en la comprensión

Se puede definir empatía como la capacidad de comprender a las personas desde su propio marco de referencia en vez del correspondiente al terapeuta. La empatía es un proceso que afecta a múltiples estadios y está constituida por diversos elementos. Generalmente la empatía es útil para la calidad y efectividad de la relación terapéutica. La empatía ayuda a conseguir el rapport y a obtener información de los clientes mostrándoles comprensión o atención. La empatía se transmite a los clientes mediante los mensajes verbales reflexivos y aditivos mediante la conducta no verbal y mediante el uso de palabras o predicados seleccionados que inciden sobre los sistemas sensoriales del cliente.

Los medios verbales de transmisión de la empatía incluyen: mostrar deseos de comprender, tratar lo que es importante para el cliente, usar respuestas verbales referentes a los sentimientos del cliente, utilizar respuestas que transmitan el conocimiento sobre los sentimientos del cliente y utilizar respuestas verbales que sigan a los mensajes implícitos del cliente.

Los medios no verbales de transmisión de la empatía incluyen: contacto directo con los ojos, una posición corporal discreta, ofrecer la cara al cliente y mostrarse con los brazos abiertos hacia él.

#### b) Genuinidad

La genuinidad implica ser uno mismo. Ésta contribuye a establecer una relación terapéutica efectiva reduciendo la distancia emocional entre el terapeuta y el cliente, ayudando a este último a identificarse con el terapeuta, a percibirlo como a una persona similar a sí. La genuinidad tiene al menos cinco componentes:

#### c) Conductas de refuerzo no verbales

La genuinidad se transmite mediante el uso apropiado de conductas no verbales que ejerce el terapeuta. Las conductas no verbales que comunican genuinidad incluyen el contacto ocular, la sonrisa y la disposición frontal al sentarse con el cliente. Sin embargo, las conductas no verbales deben utilizarse discretamente.

#### d) Rol de conducta

El énfasis excesivo en el rol o posición propias puede generar un distanciamiento emocional excesivo o innecesario en la relación. Los terapeutas genuinos no se refugian en su rol. La relación y la ayuda son parte de su estilo de vida, no adoptan o abandonan roles a voluntad.

#### e) Congruencia

Ésta implica que las palabras, acciones y sentimientos del terapeuta coinciden, son consistentes. Los terapeutas que no son consistentes en sus sentimientos, palabras y acciones pueden emitir mensajes incongruentes a los clientes.

#### f) Espontaneidad

Es la capacidad para expresarse a sí mismo con naturalidad y sin conductas artificiales. Rogers (1957) sugiere que los terapeutas expresen los sentimientos negativos a los clientes sólo si estos sentimientos son constantes y persistentes o si interfieren con la capacidad del terapeuta para transmitir empatía y aceptación positiva.

#### g) Apertura y autorrevelación

La parte de la genuinidad implica la capacidad de ser abierto, de compartir con otros, de autorrevelación.

La autorrevelación se puede definir como cualquier información que el terapeuta transmite a los clientes sobre él mismo. Ésta puede variar; el contenido de la autorrevelación puede categorizarse como demográfica o personal y como positiva o negativa. Hay muchas razones para utilizar la autorrevelación con un cliente. La autorrevelación del terapeuta puede generar una atmósfera terapéutica abierta y facilitadora. En algunos momentos el terapeuta revelador puede ser percibido como más cálido y sensible que quien no lo hace.

Hay diversas reglas básicas que pueden ayudar al terapeuta a decidir qué, cuándo y cuánto revelar. Una de las reglas hace referencia a la extensión. Una cantidad de revelación moderada tiene efectos más positivos. Algunas autorrevelaciones pueden

mostrar un deseo de estrechar la relación y esto puede aumentar la estimación del cliente por la confianza que le da el terapeuta. Los terapeutas que revelan poco pueden añadir distancia a su rol entre ellos mismos y sus clientes. El exceso de revelación puede ser contraproducente. El terapeuta puede ser percibido como indiscreto, poco merecedor de confianza, muy preocupado por sí mismo o con necesidad de ayuda.

Los períodos prolongados de autorrevelación del terapeuta consumen tiempo que podría destinarse a la revelación del cliente. Los terapeutas deberían evitar la autorrevelación cuando el cliente está ya muy saturado.

Otra regla se refiere a la profundidad o intimidad de la información revelada. Generalmente el terapeuta puede lograr el impacto deseado de autorrevelación cuando la profundidad o el contenido no discrepa mucho de los mensajes y las conductas del cliente.

La autorrevelación es conveniente solo cuando se puede explicar cómo beneficia al cliente. Los terapeutas que no sean conscientes de su propia vulnerabilidad y sesgos pueden autorrevelarse porque se identifican demasiado con el cliente o con un tema determinado. Otros terapeutas lo hacen porque reduce su propia ansiedad ante la entrevista. La autorrevelación debe estar estructurada para corresponder a las necesidades del cliente.

#### h) Respeto

También denominado aceptación positiva, hace referencia a la capacidad de valorar al cliente como persona merecedora de dignidad, Rogers (1957).

Uno de los componentes del respeto es el compromiso. El compromiso implica que el terapeuta desea trabajar con el cliente y está interesado en hacerlo. El esfuerzo por entender debe estar presente de igual manera dentro del respeto. El cliente se siente respetado cuando perciba que el terapeuta trata de entenderlo y se interesa en tratar sus problemas. Una actitud no valorativa es relevante, ya que consiste en la capacidad del terapeuta para eliminar la valoración de las acciones o motivos del cliente y para evitar la condena de los pensamientos, sentimientos o acciones del cliente.

Sin la expresión de protección y cercanía las estrategias particulares y las intervenciones terapéuticas pueden ser técnicamente correctas pero terapéuticamente impotentes. Las señales no verbales de cercanía incluyen el tono de voz, contacto ocular, expresiones faciales, gestos y contacto. Lo difícil del contacto físico es que puede tener para el cliente un significado diferente del que el terapeuta desea transmitir.

Las respuestas verbales se pueden asociar a la cercanía y a la inmediatez. La inmediatez es una respuesta verbal utilizada para expresar cercanía. La inmediatez es una característica de la respuesta verbal del terapeuta que describe algo según sucede en el transcurso de la sesión. Al utilizarla, el terapeuta manifiesta un aspecto corriente de lo que piensa, siente o cómo se comporta él o el cliente. También manifiesta algún aspecto de la relación. La inmediatez es un medio que facilita el trabajo del terapeuta y del cliente. Sus objetivos son:

- 1) Exponer abiertamente algo que el terapeuta siente dentro de sí mismo, en el cliente o en la relación y que no ha sido expresado directamente.
- 2) Generar conversación o proporcionar feedback sobre algunos aspectos de la relación o de las interacciones según van sucediendo.
- 3) Facilitar la autoexploración del cliente y para mantener el centro de atención sobre el cliente o sobre la relación y no sobre el terapeuta.

La primera etapa de la inmediatez consiste en su reconocimiento, después se debe formular una respuesta verbal que de algún modo transmita sus sensaciones o trazos del proceso con el cliente. La forma final de la respuesta puede variar y puede incluir algunas de las respuestas de escucha y acción.

Para emplear la inmediatez con eficiencia, el terapeuta debe describir lo que él ve según va sucediendo, de lo contrario se pierde el impacto. Cualquier afirmación inmediata debe formularse en presente. Los sentimientos inmediatos se deben expresar en primera persona para así hacerse responsable de sentimientos y observaciones. Finalmente, el ritmo de la inmediatez es de suma importancia. El

exceso en las primeras sesiones puede ser aplastante y provocador de ansiedad en cualquiera de las dos partes. Es deseable que exista una relación anterior fuerte. Si el terapeuta percibe que las afirmaciones de inmediatez asustan al cliente, quiere decir que éste aún no está preparado para manejar esos aspectos o sentimientos. Generalmente la inmediatez se reserva para el inicio de la exploración de los sentimientos y aspectos más significativos.

Los terapeutas que no se sienten a gusto con su propia imagen o que tienen problemas con aspectos íntimos de sus vidas, muy probablemente tendrán dificultades al emplear esta destreza o intenten evitar su uso.

## PROBLEMAS ACTUALES DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

La relación médico-paciente es una de las áreas de la salud que más cambios ha presentado últimamente. El cambio se debe, principalmente a que al paciente ya no se le considera pasivo, ahora se le toma más en cuenta como un miembro activo en esta relación. Durante la consulta médica, se da una serie de procesos de comunicación entre el médico y el paciente, los cuales han generado mucha inquietud en el área de la psicología de la salud. (Roter, D, 2000; Roter, D, 1999; Ong, L.M; de Haes, J.C; Hoos, A; Lammes, F, 1995; Hall, J; Roter, D; Katz, N, 1988). La relación médico - paciente no es fácil, ya que ambos presentan dificultades cuando se trata de acordar un plan de trabajo. Según Stewart et al. (1979), un 54% de las quejas de los pacientes, y un 45% de sus preocupaciones no se tratan en la consulta. Más aún, la evidencia muestra que en el 50% de las consultas no se llega a un acuerdo entre médico y paciente sobre el problema principal. En relación a la información dentro de la consulta, Byrne y Long (1976) muestran que en general gira en torno al médico, y además el lenguaje utilizado es muy técnico (Hadlow y Pitts, 1991), lo cual complica la comprensión y recuerdo de la información para los pacientes.

La RMP se ha visto afectada por diversos factores y está muy lejos de ser aquella existente a principios del siglo XX, donde los vínculos entre el médico general, los

pacientes y familiares eran de gran solidez. El médico era un verdadero líder en la comunidad donde ejercía.

En la actualidad, la medicina se ha comercializado de manera que el paciente es un “comprador” y el médico un “vendedor”. En consecuencia, la RMP se ha visto afectada, aumentando los errores médicos, violando los principios de la ética médica y facilitando la participación de abogados especializados en reclamaciones.

Otro aspecto que ha tenido una inferencia negativa sobre la RMP es el desarrollo tecnológico en las últimas décadas. Los avances son, indudablemente de gran ayuda en el diagnóstico y tratamiento pero nunca podrán ser sustituidos por el método científico. Lo anterior, ha distorsionado el ejercicio de la medicina con la falsa idea de que los nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos pueden sustituir el método clínico

En Octubre del 2009, se realizó un seminario en Santiago de Chile en donde se discutió la inclusión del diálogo en la creación de políticas públicas de salud mental. Aparentemente, en el área de la salud mental se están tomando en cuenta esas ideas del diálogo centrado en la relación con el otro. Sin embargo, por su carácter de novedosas en su aplicación, se puede esperar que la idea de diálogo, con todo lo que implica, tienda a aparecer en el área de la salud física; esto dependerá de la evolución de las ciencias sociales en relación a las ciencias médicas. Mientras tanto es importante poner a manera de diálogo todas las ideas creativas que se relacionen con las ideas que sustentan el discurso médico, sobre todo, en la formación de profesionales en el área social y en la biomédica.

Al llegar a este punto, el concepto de diálogo cobra singular importancia. Para Bertnardo (2009) el diálogo es un modo de relación en sí, constituyendo el único modo de encontrarse con el otro a partir de la consideración mutua de extraños.

Las relaciones dialógicas constituyen un tipo especial de relaciones semánticas, cuyos miembros sólo pueden ser enunciados completos (ya que el enunciado es la unidad básica de significado), tras los cuales existen – o potencialmente existen – sujetos, autores de esos enunciados. Sólo en la esfera dialógica las formas y posibilidades del

lenguaje se vuelven reales. Las funciones del lenguaje ordinario se actualizan sólo en esta esfera, la del enunciado (Bakhtin, 1984).

La noción de diálogo modifica fundamentalmente la forma – la estética – de la relación médico-paciente, ya que es el hombre como totalidad el que participa en este diálogo, pero el hombre es completamente expresivo hacia el exterior, y expresa con todo su posición en el diálogo; en toda expresión hacia afuera está la actitud hacia *el otro*, lo interno se encuentra con *lo otro*.

Bajo la lente de la RMP, el diálogo es sinónimo de relación interactiva que se desarrolla en un clima de armonía entre el médico y el paciente, lo que permite la generación de nuevos conceptos a partir de las ideas de ambos. Como profesionales de la salud, debemos estar muy conscientes de que en nuestro diálogo con el paciente es más importante saber preguntar que saber afirmar. El diálogo nos permite abordar y buscar soluciones al problema del paciente; además de que contribuye a que éste analice y reflexione sobre aspectos varios de su vida que influyen en su salud. Sin embargo, es preciso saber que no toda la comunicación entre paciente y médico es diálogo, ya que los hay intrascendentes que no aportan nada al diálogo constructivo. Así mismo, se debe tener cuidado de no enredarse en discusiones con el paciente; una discusión mal manejada puede ser perjudicial para ambas partes y terminar con la relación.

Es muy común que los pacientes tengan dificultad para hacer conciencia de enfermedad, motivo de sentimientos de frustración, impotencia e irritabilidad para el médico, el cual, en ocasiones termina por agredir al paciente abiertamente o a través de sarcasmos e ironías. Siendo éste el caso, nos encontramos ante un claro ejemplo de contratransferencia negativa, por lo que el médico deberá revisar sus mecanismos de defensa desadaptativos. Si no lo hace así, no podrá corregir sus deficiencias como clínico y su relación con los pacientes siempre se verá empañada.

## ASPECTOS PSICOLÓGICOS IMPLICADOS EN LA RMP

Considerando a autores como Carrera, 2006, quien habla del lado psicológico en la RMP, podemos concretar la información como sigue:

Nos resulta obvio que el médico debe tratar que su paciente tenga una actitud positiva hacia la consulta; es decir, de aceptación, simpatía y confianza, características que deberán existir de parte del médico hacia el paciente de igual manera. Si las condiciones anteriores se dan de manera recíproca, nos encontramos ante la génesis de una alianza terapéutica ideal. Se entiende que la alianza terapéutica es el proceso interpersonal que se da entre el paciente y su médico que asegura un fiel cumplimiento de las indicaciones o recomendaciones provenientes del médico. La calidad de la alianza terapéutica es un factor determinante de la efectividad del tratamiento. Debido a la importancia de la actitud y estilos del paciente y el médico como factor que influye en la RMP, a continuación hablaremos más de ello:

Un médico espera que sus pacientes asuman una actitud franca y colaboradora con la RMP, pero, desafortunadamente no siempre es así. Aunque en la mayoría de los casos los pacientes suelen asumir una actitud y estilo de acuerdo a las circunstancias, en muchas ocasiones el profesional se encuentra con personas que los harán sentirse incómodos y desconcertados. Por ello es necesario que el personal de salud esté preparado para enfrentarse a los diferentes estilos de pacientes dentro de la práctica clínica, siendo los más comunes:

- El paciente hostil

La hostilidad puede hacerse presente de manera verbal a manera de descalificaciones y sarcasmos; llegando a los insultos y/o amenazas, llegando en algunos casos a la violencia. Es muy común encontrarse con este tipo de pacientes en situaciones de emergencia ya que la persona está muy alterada y desea recibir atención pronta. En otras ocasiones, la hostilidad puede ser resultado de alta ingesta de alcohol o como el efecto de otras sustancias, o bien, deberse a un trastorno mental. Resulta muy contraproducente engancharse en una discusión; el médico deberá controlarse y de no

poder hacerlo, es preferible que la reanude cuando esté en condiciones de hacerlo o bien pedir ayuda a un colega.

- El paciente manipulador y simulador

Este paciente presentará su caso como muy especial con el fin de conseguir privilegios o salir de un enredo. Llega a simular síntomas o a hablar mal de otros médicos que no lo hayan sabido satisfacer en sus demandas.

Ante estos pacientes, se debe tener mucha cautela para no comprometerse con ellos. Para evitar los malos entendidos, el médico debe, una vez más, asumir una posición muy profesional desde el primer momento.

- El paciente dependiente

Son pacientes totalmente carentes de iniciativa, por lo que consultan hasta los detalles más insignificantes. Ya que son personas muy inseguras, no se les debe rechazar ni tacharlos de fastidiosos, es mejor insistirles en que deben tomar sus propias decisiones y confiar en ellas.

- El paciente seductor

Es necesario advertir que muchos (as) de estos pacientes realizan “juegos de seducción”, (descritos por el creador del Análisis Transaccional, Eric Berne) con la intención subyacente (inconsciente o consciente) de denunciar al profesional para sacar alguna ganancia secundaria o primaria. Estamos hablando de aquellos pacientes que tienden a coquetear por medio de atuendos, posturas y lenguaje. Es importante no caer ante la seducción y evitar caer en un flirteo que desvirtúa la relación profesional.

- El paciente obsesivo

Estas personas, en su característica de detallistas, tienden a tomarse mucho tiempo en sus relatos sintomáticos. Para ellos, el no entrar en detalles pudiera afectar el

diagnóstico; de igual manera, esperan del médico una muy minuciosa explicación de lo que les sucede. El profesional debe tener mucha paciencia con estas personas y no apurarlos demasiado; aunque, si es el caso, se les debe invitar a platicarlo en la próxima cita.

- El paciente dramático

La expresión de las emociones de estos pacientes se ve sumamente exagerada, con el objetivo de conmover al médico. Es importante que éste no se contagie del dramatismo del paciente y se mantenga sereno. Les gusta ser el centro de atracción, buscando un afecto y un reconocimiento que nunca le es suficiente, por ello exageran los síntomas.

- El paciente desconfiado

Son sumamente observadores y calculan muy bien lo que dicen o hacen. Son susceptibles e hipersensibles a las críticas, piensan que continuamente se les está censurando. Suelen ser pacientes difíciles de “enganchar” en una alianza terapéutica. Con mucha prudencia, paciencia, tolerancia y sutileza, se les debe señalar que su desconfianza interfiere la alianza terapéutica, muy importante para su recuperación.

- El paciente pasivo-agresivo

Se trata de pacientes que agreden con su pasividad. O sea, no cumplen cabalmente con las prescripciones, las sabotean, se quejan sin motivo de los efectos de los medicamentos, dicen que no sirve el tratamiento y siempre tienen una excusa para sus actos pasivo-agresivo. Dejan desarmado al médico, el cual no encuentra qué hacer y termina disgustándose o rechazando al paciente. Con estos pacientes no debemos hacer patente nuestro disgusto, ni debemos rechazarlos y mucho menos agredirlos. Si el paciente continúa viniendo a nuestra consulta es porque se está sintiendo mejor, aunque él no termine de reconocerlo. Se le debe señalar que si no colabora el tratamiento será menos efectivo, más prolongado y costoso.

- El paciente indiferente

Hay pacientes que sentimos ausentes, indiferentes, como si no le interesara la consulta, como si todo le da igual. No debemos angustiarnos ante ellos, probablemente, no tenga que ver con nuestra conducta. Es necesario, en estos casos, que pensemos en un trastorno mental o en el síntoma mental de una enfermedad médica.

Ante los diferentes tipos de pacientes, es claro que la formación del médico o psicólogo es medular. El médico sólidamente formado se sentirá seguro de lo que está haciendo y por lo tanto tendrá una relación asertiva con sus pacientes.

Es importante insistir ahora que el acto médico se ha venido convirtiendo, en los últimos años, en una suerte de aplicación rígida de técnicas o conocimientos científicos en el diagnóstico y la terapéutica, centrándose en las consideraciones de los “datos positivos” que aporta el paciente o su familia. Es decir los datos, únicos y exclusivos, que van a servir para configurar el cuadro clínico, restándole importancia a los relatos del paciente que no aportan elementos o criterios para este cuadro. Rehuyendo así entrar en el ámbito de lo íntimo del paciente, que es, precisamente lo que tiene sentido para él. En consecuencia, el médico pierde la oportunidad de aplicar un elemento curativo de primer orden: escuchar, entender y relacionarse empáticamente., lo cual, es bien sabido, tiene un efecto placebo indiscutible. Si el paciente quiere contar una intimidad, un detalle de su vida, el médico debe escucharle con atención, allí puede estar la clave de su mejoría.

### CAPÍTULO 3. VALIDACIÓN SOCIAL

En el presente Capítulo se abordará el estudio de la validación social, con base en el significado otorgado por autores como Wolf (1978) y Lennox y Miltenberger (1990). De igual manera se hablará del cuestionamiento entre el valor de la eficacia de un tratamiento o el de la validación social otorgada al mismo. Así mismo, se mostrarán diferentes modelos teóricos para su abordaje en relación a la aceptación del tratamiento y la elección de metas, paralelamente a los instrumentos pertinentes para su medición. Por último, se mostrarán varios métodos y técnicas para evaluar la validación social y los programas terapéuticos.

#### CONCEPTO

El concepto de validación social se ha visto rodeado de una serie de dudas y confusiones al respecto ante la existencia de múltiples términos para describir constructos similares; algunos de ellos se han derivado de las ciencias sociales, de los negocios, y de la mercadotecnia. Algunos ejemplos de estos términos son: importancia social, significación social, satisfacción del consumidor, y validación ecológica.

La definición general de validación social propuesta por Wolf en 1978 comprende tres categorías generales encaminadas hacia el éxito de un tratamiento. Dichas categorías son: la significación social de las metas de tratamiento, la propiedad social de los procedimientos terapéuticos y la importancia social de los efectos del tratamiento. Sin embargo Lennox y Miltenberger, en 1990 incorporan y agregan numerosos factores, conceptualizando así, a la validación social, a manera de una vista expansiva.

Estos autores describen doce factores agrupados en cuatro categorías:

- Consideraciones de eficacia

Las consideraciones de eficacia incluían como factores variables motivacionales y eficacia del tratamiento. Las variables motivacionales son aquellas que ayudan a generar o a mantener la conducta deseada. El análisis de las variables motivacionales / de mantenimiento en relación con el concepto de aceptación al tratamiento se apoya en

el potencial de estas variables para aumentar la eficacia de los tratamientos al incluir conductas de sustitución funcionalmente equivalentes. Lennox y Miltenberger describieron varios métodos para identificar las variables motivacionales de mantenimiento tales como entrevistas, observación directa, y análisis experimental. La información sobre la eficacia del tratamiento estaba rodeada de evidencia empírica que sostenía al tratamiento como un agente legítimo de cambio conductual.

- Efectos secundarios

La categoría de efectos secundarios incluía los factores de efectos laterales y abuso potencial. Efectos laterales se refería a los efectos del tratamiento en comportamientos o estados que no eran el principal objetivo de intervención. Lennox y Miltenberger señalaron que los efectos laterales podían ser adaptativos o no-adaptativos; cualquiera podía impactar en qué tan eficaz se consideraría un tratamiento. Abuso potencial se refería al mal uso de los procedimientos por los responsables de su implementación. En general, entre más susceptible al abuso potencial sea un tratamiento, menos aceptación tendrá.

- Implicaciones legales/sociales

La restricción/intrusividad del tratamiento, la precedencia del tratamiento, la aceptación social y los factores regulatorios se incluyen en la categoría de implicaciones sociales / legales. La restricción/intrusividad se relaciona con qué tan aversivos eran los tratamientos dentro de una jerarquía de menos a más angustiantes. Precedencia de tratamientos se refería a la frecuencia con que un tratamiento se había usado dirigido a una conducta específica, con tasas más altas de prevalencia, con resultados apropiados considerados como más aceptables. El factor de aceptación social consideró los resultados de investigación anterior en relación con la aceptación de tratamientos y cómo esta información puede influir en la futura aceptación de los tratamientos. Los factores regulatorios se interesaban en cómo las leyes, legislación, lineamientos, reglas etc. tenían impacto sobre la aceptación de los tratamientos.

- Consideraciones prácticas

Por último, la categoría de consideraciones prácticas incluye el nivel de competencia del personal y su cooperación, la eficacia del tratamiento y la efectividad del costo. El nivel de correcta ejecución de los procedimientos terapéuticos se relaciona con el nivel de competencia del personal; mientras que la cooperación del mismo implica su nivel de disposición para la implementación de un tratamiento. Cuando el personal es competente y cooperativo, la aceptación del tratamiento aumenta y viceversa. En cuanto a la eficacia del tratamiento, ésta involucra la rapidez con que se producen los resultados. Los tratamientos capaces de producir resultados rápidos podían aumentar su aceptación, aunque otros factores, tales como el uso de castigos que produce resultados rápidos, pueden sobrepasar esta influencia. La eficacia del costo como factor tiene relación con la probabilidad de un tratamiento en particular comparado con la de otros, lo cual probablemente influye en la aceptación del tratamiento. El trabajo de Lennox y Miltenberger es importante ya que proporcionó una conceptualización más clara de la aceptación del tratamiento que lo que se había descrito anteriormente.

El éxito de un programa, o el que obtenga una alta validación social resulta del impacto social que logre. Dicho impacto se refleja a lo largo de todo el proceso, desde la aceptación del tratamiento, la elección y el establecimiento de metas, los procedimientos para alcanzarlas y los resultados obtenidos.

La determinación de la aceptación del tratamiento es medular para el éxito del programa y para el nivel de validación social que se le otorga.

En ocasiones, a pesar de que se haya aceptado el tratamiento, la eficacia del mismo es cuestionable ya que, aunque éste haya logrado disminuir la conducta problema, quizá los procedimientos terapéuticos no sean considerados los más apropiados. En este caso, es muy probable que el tratamiento no cuente con un buen nivel de aceptación, especialmente por parte de las personas más involucradas en la implementación del programa.

Con el objetivo de mejorar las intervenciones conductuales, la validación social debe ser evaluada y aplicada; sin embargo hacerlo no resulta fácil debido a la subjetividad en

su conceptualización misma. Para entender de mejor manera la validación social, es necesario reconocer los importantes papeles que juegan tres criterios componentes de su conceptualización: aplicado, efectivo y de generalidad. Los dos primeros se concentran en aspectos de determinación social o juicio; mientras que el último se dirige a un mejor entendimiento de las influencias sobre la validación social.

A continuación se explica con más detalle cada uno de estos criterios:

*Criterio: Aplicado.*

Este criterio se refiere a que las conductas meta deben ser seleccionadas en base a su importancia para la sociedad y no por razones convenientes para el investigador, tal como se haría en la investigación no aplicada.

*Criterio: Efectivo.*

Criterio relacionado con la relevancia de los resultados en situaciones prácticas. Se requiere de resultados suficientemente extensos para que aquellos involucrados de manera cercana con una conducta los consideren importantes.

*Criterio: Generalidad*

Criterio que involucra la permanencia de las cualidades de un tratamiento con el paso del tiempo, bajo cambios de ambiente o a través de conductas relacionadas.

El demostrar que los tratamientos son efectivos en más de una manera aumenta el valor del procedimiento y su importancia social.

Tras la constante necesidad de explicar de manera más específica el concepto de validación social y sus componentes, se han dado constantes modificaciones con el fin de enriquecerlos. En consecuencia se ha dado una combinación de factores (Lennox & Miltenberger, 1990), en la investigación epidemiológica y marcos de trabajo de mercadotecnia social (Winett *et al.* 1991), mantenimiento conductual (Kennedy, 2002), medidas de habilitación (Hawkins, 1991), e influencias distributivas (Carter, 2008).

## LA RELEVANCIA DE LAS METAS

A pesar de la existencia de instrumentos y formatos para medir la validación social, existen varios problemas relacionados con este aspecto. En 1987, Baer, Wolf y Risley indicaron que muchos programas terapéuticos tienen validación social debido a que los instrumentos usados no son tan precisos para evaluar el constructo, especialmente cuando la población es variable en diferentes contextos. También parece ser que muchas de las medidas informales de aceptación de tratamiento se han administrado post - tratamiento y pueden, por lo tanto estar influenciadas por intentos de evitar estar en desacuerdo con el investigador, la falta de familiaridad con otras opciones de tratamiento, y el temor al retiro de un tratamiento exitoso.

Un tratamiento considerado como socialmente válido requiere que se consideren las metas, los procedimientos y los resultados asociados con él. Si bien, cada uno de estos aspectos juega un papel muy importante para obtener validación social, uno de los aspectos más importantes recae en la calidad, precisión, y especificidad de las metas del tratamiento. Al carecer de la identificación correcta y/o el propósito claro de una meta de tratamiento, las posibilidades de alcanzar un tratamiento socialmente válido se ven muy disminuidas.

Wolf (1978) señaló que para desarrollar metas de tratamiento socialmente significativas, es medular reconocer a todos los individuos o grupos relevantes que puedan tener un interés absoluto en el tratamiento. Es de suma importancia entender cómo cada una de esas fracciones societarias puede influir en el desarrollo de metas de tratamiento a pesar de que cada una de ellas manifieste, quizá, prioridades que varíen sustancialmente. Se deberán considerar diferentes factores en varios niveles de influencia.

Es posible que para el establecimiento de metas de tratamiento socialmente importantes se requiera de un período de evaluación pre – tratamiento; dicha evaluación puede ser un proceso largo y, además, tomar muchas formas según la complejidad de los problemas. En cualquier caso, una buena regla para recordar al considerar varias metas de tratamiento es que mientras que las metas complicadas

pueden ser impresionantes, típicamente, las metas más importantes son aquellas que son simples y concisas.

Una parte que puede ser de gran importancia en la identificación de metas de tratamiento socialmente importantes es el uso de procedimientos de observación. La evaluación observacional puede tomar formas muy diferentes, tales como narrativas, registro de antecedente-conducta-consecuente (ABC, por sus siglas en inglés), conteos de frecuencia, procedimientos de registro de intervalos y otros. Cada uno de estos procedimientos de observación directa puede tener valor para determinar metas de tratamiento socialmente importantes, pero se le debe dar consideración al tiempo y esfuerzo requeridos para conducir estos tipos de observaciones para el propósito de evaluar metas importantes del tratamiento.

El propósito de cualquier tipo de supervisión deberá siempre dirigirse a la determinación de aquello que es potencialmente valioso. La elección de metas de tratamiento importantes quizá involucre, en muchas ocasiones, los juicios profesionales para elegir metas de tratamiento dentro de los tiempos adecuados.

Las metas de un tratamiento juegan, sin duda, un papel muy importante en la validación social debido a su influencia sobre las decisiones terapéuticas. A continuación se hablará de algunas características con las que deben contar, así como de sus implicaciones.

a) Claridad y criterios de resultados específicos.

Es de medular importancia que las metas de tratamiento se expresen con palabras muy precisas para que toda persona cercana al paciente las pueda entender claramente; igualmente, las metas deberán ser fácilmente comunicadas a los demás en la comunidad involucrada.

Las metas de tratamiento deben desarrollarse de tal manera que ofrezcan una clara definición de las conductas que están involucradas en alcanzar la meta. Las metas que son muy vagas pueden promover confusión entre los involucrados y provocar que algunas personas creen que las metas se han alcanzado y otros no lo consideren así.

b) Complejidad y comprensión.

Otro aspecto de gran importancia es considerar la cantidad de tiempo y esfuerzo que requerirán las metas para ser alcanzadas; siendo éste un factor medular en la selección de las metas de tratamiento. Un consultor debe alcanzar el equilibrio entre las metas comprensibles y la dificultad relacionada con su implementación. Lucyshyn y Albin (1993) recomendaron siete estrategias de apoyo de implementación, éstas son:

- descripciones escritas de procedimientos de intervención,
- reuniones con miembros de la familia para desarrollar intervenciones en el hogar,
- listas de chequeo de implementación de fácil uso,
- ensayos conductuales de intervenciones específicas,
- reuniones de grupo de trabajo para desarrollar materiales,
- asesoría directa de los padres (de ser el caso), y
- consulta telefónica de seguimiento.

Con el fin de determinar si una meta de tratamiento es demasiado complicada, se debe determinar el nivel de apoyo que se puede proporcionar durante la implementación, así como las competencias de las personas responsables de la misma. En el caso de requerir metas complejas, es aconsejable segmentar las metas en pasos más pequeños que puedan lograrse más fácilmente.

c) Potencial de realización.

Mientras puede ser difícil o imposible saber la probabilidad de que una meta de tratamiento se alcance, es necesario de alguna manera, especular y concentrarse en metas alcanzables. Las metas de tratamiento que pueden ser verdaderas fomentan la aceptación de metas adicionales; por otra parte, las metas que son extremadamente difíciles de alcanzar pueden llevar al consumidor a tener sus reservas. Wolf (1978) notó que si los consumidores no están aceptando los servicios que reciben, quizá lo

expresen no accedando a ellos en el futuro. Considerar el potencial de realidad de una meta puede incluir el análisis de un número de diferentes factores. (Ver figura B.1, anexo 1)

Un factor que quizá necesite consideración es la historia del reforzamiento asociado con las conductas objeto de cambio. Esto tiene que ver con la duración de una conducta y el tipo de calendario de reforzamiento que se ha usado para mantenerla.

Una conducta que ha ocurrido durante un corto período de tiempo y se mantiene por un calendario u horario muy próximo a lo constante puede responder rápidamente a una intervención conductual apropiada. Una conducta que se ha manifestado durante varios años y se ha mantenido por un horario variable tiene menos probabilidades de responder rápidamente a una intervención conductual; el considerar el éxito de tratamientos previos puede proporcionar alguna indicación de cómo puedan progresar los tratamientos futuros. Si los tratamientos previos han producido únicamente cambios graduales en la conducta, puede ser un indicador de que la conducta tiene cierta resistencia al cambio y los futuros tratamientos requieran más tiempo para alcanzar el grado de cambio conductual deseado. Al considerar tratamientos previos, es de suma importancia notar el grado de integridad presente en éstos. Potencialmente existen muchos casos donde se ha notado la ejecución de un tratamiento; sin embargo, su integridad quizá fue pobre. Otro factor a considerar al especular sobre el potencial de realización de las metas de tratamiento puede ser el nivel de entrenamiento de los mediadores. Tal entrenamiento puede, en algunos casos, lograrse rápidamente, siempre y cuando estén familiarizados con procedimientos similares. Si los mediadores del tratamiento necesitan una extensiva cantidad de capacitación para su implementación, esto puede detener un programa de tratamiento y quizá resulte en asuntos de integridad del tratamiento que tengan que ser atendidos a costa de limitar otras actividades. En relación con lo anterior tenemos la cantidad de tiempo que los mediadores tienen que dedicar al entrenamiento en un programa específico, así como el tiempo disponible para el consultor. Programar horarios para sesiones de entrenamiento entre un consultor y un mediador podría resultar en retrasos en la implementación del programa y el alcance de la meta de tratamiento.

Otro factor relevante en la asequibilidad de las metas es el nivel de funcionalidad del paciente objeto de cambio conductual. Un consumidor con serios déficits puede necesitar más tiempo para alcanzar una meta, y éstas deberán ser cuidadosamente seleccionadas de tal manera que no resulten demasiado fáciles de alcanzar, ni demasiado difíciles. El considerar el número de habilidades adaptativas que tiene un paciente, y que le pueden servir de apoyo hacia la meta, puede ser una forma de juzgar su nivel de asequibilidad. El número de pasos involucrados en el alcance de una meta, debe ser cuidadosamente considerado y compatible con el número de pasos que un consumidor puede potencialmente seguir. Todos los pasos relacionados con el logro de una meta deben identificarse para evitar que se revele cualquier paso oculto una vez que las metas se han establecido.

Las metas, en sí mismas deben contar con validación social. Hay varias estrategias que podrían mejorar potencialmente la selección de metas de tratamiento socialmente significativas y aumentar la validación social general, dichas estrategias son:

- Incorporar entrevistas semi-estructuradas.

Una buena fuente de información para comenzar a desarrollar metas de tratamiento es la entrevista semi - estructurada, ya que se enfoca en la identificación de metas relevantes, permitiendo así la consistencia en la información para guiar la selección de metas. Este tipo de entrevista tiene dos modalidades de implementación: individual y grupal, sirviendo la primera como medio de comparación de respuestas diferentes y para buscar un consenso entre personas con diferentes opiniones. Por otro lado, la modalidad grupal, aunque permite un consenso de diferentes opiniones, puede limitar la información de aquellas personas que se sientan incómodas con la discusión de sus opiniones con grupos. Factores tales como limitantes de tiempo y la complejidad de las conductas problema posiblemente influyan en la selección de entrevistas grupales o individuales.

- Reunir información de fuentes múltiples.

Por medio de esta estrategia, se puede asegurar que una muestra representativa de personas directamente asociadas con el paciente, proporcionará input a las metas

terapéuticas que ellos consideren más importantes. Si las metas que los más allegados al tratamiento consideran importantes se incorporan al tratamiento, y ellos son los mismos que clasifican la aceptación de las metas, se esperaría que otorgaran índices más altos de aceptación a las metas que ellos consideraron como más importantes. Esto podría ser difícil en algunos casos, especialmente cuando hay varias personas que consideran que la importancia recae en metas muy diferentes, pero entre más input se pueda obtener de estas personas, más probabilidad de que un tratamiento responda a un número de las metas o por lo menos a una parte de ellas.

- Considerar diferentes aspectos biográficos del individuo.

En el diseño de un tratamiento socialmente válido, se deben considerar las diferentes áreas de la vida de una persona. Las metas que pueden parecerle más obvias al consultor que desarrolla un tratamiento pueden pasar por alto aquellas relevantes para el cliente y aquellos más cercanos a éste. Al planear las metas de tratamiento, un consultor debe tomar en cuenta la recopilación de información del mismo grupo, o de uno similar al que dará los puntajes de validación social a las metas. Desarrollar metas con el input de un grupo y evaluar la validación social con otro puede resultar en más información de más personas, pero quizá revele opiniones muy variadas sobre el significado de las metas de tratamiento. Cuando los consultores solo pueden recopilar información de un grupo selecto para desarrollar las metas, pueden comparar las metas con aquellas desarrolladas por otros clientes en situaciones similares para determinar el potencial de estas metas para ser consideradas socialmente significativas.

- Jerarquizar las metas del tratamiento.

Cada una de las metas de tratamiento debe ser priorizada y jerarquizada de la más a la menos importante, en base al input de parte de la mayoría de los individuos que se verán impactados por el tratamiento o por las metas del programa. Al jerarquizar metas de tratamiento, es importante incorporar todas las metas que se consideren de suma importancia. Una buena regla de oro puede ser limitar el número de metas a tres para evitar metas extremadamente complejas y para asegurarse de que las metas más

importantes reciban atención. Además, puede no ser factible alcanzar varias metas con un solo tratamiento, y las metas subsecuentes quizá necesiten de otros tratamientos para poder trabajarlas. Proponer dirigirse a muchas metas con un solo tratamiento puede orillar a reducciones en la validación social si las metas no se alcanzan de manera efectiva.

Típicamente, las metas de tratamiento son unitarias, pero para aumentar la potencial validación social, quizá sea necesario que una meta se extienda de manera que incluya cambios observables asociados con escenarios alternativos, con gente diferente, o como suplemento de otras conductas. En casos donde un número de metas son muy relevantes, puede ser necesario incorporar varios tratamientos o un programa como “paquete” de tratamientos para trabajar todas las metas adecuadamente.

- Expresar los objetivos, al paciente y a los implicados, en términos sociales, no sólo clínicos.

El definir los resultados esperados de manera operacional en ambas terminologías: clínica y social no es un componente típicamente discutido en la mayoría de los textos que bosquejan los procedimientos para desarrollar tratamientos conductuales. Adicionalmente, las expectativas de resultados clínicos y sociales deben abarcar las metas a lo largo de diferentes ambientes e individuos. Las metas de tratamiento dirigidas al progreso de los estándares sociales tienen un nivel más alto de validación social. Según Skinner (1953), los estándares de una comunidad dada son los que conforman la conducta, siempre y cuando se refuercen ciertas respuestas, otras pasen desapercibidas y otras se castiguen. El reconocimiento de esta necesidad de conformarse a los estándares societarios puede ser benéfico hacia el desarrollo de metas de tratamiento que tengan significado social a éste nivel.

En muchas ocasiones, los pacientes que se someten a un tratamiento conductual están muy motivados a alcanzar un grado de aceptación y participación similar al de sus iguales, sin embargo, en ocasiones, sus conductas actuales impiden que esto ocurra. De aquí se desprende la importancia del desarrollo de metas socialmente significativas que reflejen los tipos específicos de actividades y escenarios en los que a los pacientes

les gustaría desenvolverse. La identificación de áreas de estilo de vida donde se podría aumentar la normalización y utilizar las habilidades del consumidor existentes para apoyar estas metas puede llevar a metas de tratamiento más significativas.

Con el fin de potencialmente aumentar la validación social de las metas, puede ser importante definir las metas no solo en terminología clínica, sino también en lenguaje común. Una explicación de las metas de tratamiento debe ser informativa para aquellos relacionados con el tratamiento de manera cercana; lo cual deberá hacerse de una forma clara y significativa para ellos. Al proporcionar metas claras y fáciles de entender previo a la implementación de un tratamiento, el logro de estas metas se reconocerá con mayor facilidad y las expectativas de un consultor y de otros serán las mismas.

La obtención de muchos tipos de input por parte del consumidor puede tener mucha influencia en el desarrollo de metas socialmente válidas, ya que la individualidad de la persona objeto de tratamiento se convierte en lo más importante. Reunir información proveniente del individuo que recibirá el tratamiento de forma directa, o de aquellos directamente conectados al consumidor, puede implicar hacer preguntas para obtener un entendimiento de lo que es importante para el individuo.

Los valores incluyen las expectativas que tiene la gente respecto a su propio comportamiento o el de otros. Carr (1996) explica que mientras la ciencia proporciona las estrategias para cambiar la conducta, los valores otorgan las bases para determinar qué vale la pena cambiar. Las metas de tratamiento que se seleccionan pueden reflejar los valores del consumidor, del consultor, o segmentos de la sociedad. Los consumidores quizá tengan valores que están arraigados en ellos por la cultura, religión, etnia, etc. Estos valores del consumidor pueden influir la disponibilidad o el rechazo para aceptar una meta de tratamiento en particular. La selección de conductas específicas para cambiar debe incluir la consideración del grado en el que las conductas objetivo se desvían de las poblaciones típicas. El desarrollo de una intervención conductual enfocada a una conducta que no es considerada importante socialmente por los demás puede llevar a cambios socialmente insignificantes o posibles cambios conductuales que podrían considerarse socialmente desviados de grupos normativos.

Los valores de los consultores pueden provenir de fuentes similares a las de los consumidores, pero pueden también abarcar los valores bosquejados por organizaciones profesionales, empleadores, o programas de capacitación. En muchos casos, los valores de los consultores pueden diferir de valores personales a profesionales y quizá no siempre concurren con los valores de los consumidores a los que sirven. Los consultores quizá tengan que equilibrar los valores al establecer metas de tratamiento alineadas con los valores de sus consumidores. Por ejemplo, un consultor quizá quiera establecer una meta de tratamiento para un menor en el cual éste no se comprometa en peleas con sus iguales. Los padres consumidores pueden no valorar semejante meta si le dan valor al comportamiento agresivo para realizar tareas y creen que su hijo(a) quizá debe pelear para obtener lo que quiere. En tales casos, depende del consultor el encontrar un punto medio que asegure que el menor será capaz de defenderse y evitar violar los derechos de otros.

La selección de metas de tratamiento que tienen significado social puede encontrarse bajo la perspectiva personal de las personas que evalúan las metas de tratamiento. Lucyshyn y Albin (1993) recomiendan incorporar metas dirigidas hacia individuos específicos muy cercanamente conectados al paciente. Eventualmente, las mismas personas serán las que evalúen la validación social del programa.

Si se conducen entrevistas con el paciente o con aquellos muy cercanos a éste, se pueden identificar las preferencias de la persona en relación con las metas del tratamiento. Sin embargo, en ocasiones es necesario filtrar la información obtenida en las entrevistas, ya que esta puede requerir de validación, lo que se consigue comparando la información que proporciona el entrevistado con la que otorgan las personas cercanas.

Para los fines de planeación de programas y desarrollo de metas de tratamiento el uso de la estrategia de planeación centrada en la persona es frecuente, además de que involucra a un equipo de personas. Las personas involucradas deben tratar de identificar las oportunidades para que la persona candidata al programa terapéutico trabaje hacia el alcance de sus deseos y necesidades. Además de identificar

oportunidades de desarrollo personal, el proceso identifica barreras y promueve el desarrollo de metas a corto y a largo plazo.

Albin, Lucyshyn, Horner, y Flannery (1996) describieron un modelo similar de ajuste contextual para lograr la bondad de ajuste en el desarrollo de planes de apoyo conductual. Un buen ajuste contextual se describió como compatibilidad entre las características específicas de un plan conductual y tres clases de variables que incluían las del consumidor, las del implementador, y las ambientales.

Cooper, Heron, y Heward (1987) proporcionaron un ejemplo de una hoja de trabajo para evaluar el significado social de conductas meta. La hoja tiene 10 preguntas a las que se responde “sí” o “no” y espacio para comentarios. Las preguntas se enfocan en aspectos de conductas meta potenciales tales como si la conducta va a dar más oportunidades para reforzamiento, si la conducta meta va a promover habilidades más avanzadas, si la conducta meta en verdad ayudará al cliente, y del tipo. El uso de cada uno de estos instrumentos se ajusta a las recomendaciones de Macmann y Barnett (1999) para reducir el error en los juicios profesionales y proporciona un marco para asegurar que se identifiquen las metas de tratamiento socialmente importantes. La *tabla B.1 (anexo 2)* proporciona un ejemplo de una lista de chequeo que analiza cada una de las áreas sugeridas para consideración al planear metas de tratamiento socialmente significativas. La sección uno de la lista se enfoca a las preferencias y valores del consumidor.

Otro medio para dar paso al input por parte del paciente es la oportunidad de elegir, además de que potencialmente resalta el significado de las metas del tratamiento. Cuando a los pacientes se les presentan opciones potenciales, algunos de ellos quizá expresen verbalmente una elección de metas de tratamiento. Se puede aprovechar esta situación para validar estas elecciones al repetir la oportunidad de elección en varias ocasiones y al compararlas. La consistencia en la elección de metas de tratamiento parece fomentar metas más significativas.

Estas recomendaciones pueden ser útiles si se adaptan a mejorar la medición del significado social de las metas de tratamiento. Cuando se adaptan para seleccionar metas de tratamiento socialmente significativas, se recomienda lo siguiente;

- 1.- Elegir metas de tratamiento que sean consistentes con los valores, preferencias, estilo de vida, etc. del consumidor.
- 2.- Elegir un número mínimo de metas de tratamiento que tengan alta relevancia y asequibilidad.
- 3.- Elegir metas de tratamiento que puedan ser evaluadas por el consultor.
- 4.- Elegir metas de tratamiento que reconozcan las características individuales y las habilidades del consumidor.
- 5.- Elegir metas de tratamiento que sean lo suficientemente importantes para seguirlas durante un período extendido de tiempo.

Existe una matriz proporcionada por Cooper *et al.*, (1987) que sirve para priorizar conductas meta. Los índices se pueden numerar y las conductas metas ordenar de la más alta a la más baja prioridad. De igual manera, se puede utilizar para priorizar metas de tratamiento y fomentar discusiones de elección. Bajo esta consideración, se desarrolló una matriz para priorizar metas de tratamiento que puede usarse para jerarquizar metas de tratamiento potenciales (*ver tabla B.2 anexo 3*). Esta hoja de priorización de metas de tratamiento puede arrojar un puntaje total a través de ocho preguntas enfocadas a priorizar metas de tratamiento, más que solo conductas meta. Los puntajes totales para cada meta de tratamiento potencial pueden entonces compararse y ordenarse de acuerdo con el total más alto, siendo los puntajes más altos indicadores de consideración como alta prioridad.

Existe, sin duda, una íntima relación entre la elección y establecimiento de metas con la aceptación del tratamiento. El hecho de aceptar un tratamiento es, de alguna manera, el punto de partida para que se vaya dando un alto nivel de validación social a lo largo de todo el proceso terapéutico. Aceptar el tratamiento es la génesis de aceptar mucho de lo que viene posteriormente.

El método más común para indagar sobre el nivel de aceptación de un programa es preguntar directamente a aquellos que lo reciben, o a los que lo implementan, su opinión sobre el mismo. Posteriormente, dichas opiniones se usan para tomar decisiones sobre los futuros usos del programa terapéutico.

Considerando que ahora podemos comprender el concepto de aceptación del tratamiento más claramente, llegamos al punto de hablar de instrumentos formales para medirla, los cuales cuentan con mayor información que los sustenten en la literatura, por lo que es más fácil tener acceso a ellos. Parece ser que la información más pertinente sobre la aceptación del tratamiento que se ha acumulado de la literatura, se ha derivado del uso de medidas más formales que se obtuvieron con facilidad y fueron estudiadas con escrutinio en su confiabilidad y validez.

Ahora bien, habiendo detallado aspectos de la aceptación del tratamiento, es momento de hablar de su mantenimiento. De acuerdo con Schwartz y Baer (1991), proporcionar información que asegure la supervivencia de un tratamiento es el propósito de la evaluación de la validación social. Para alcanzar ese objetivo, el programa terapéutico no solo debe ser efectivo, sino también estar dirigido a los problemas que los consumidores consideren relevantes, y debe ser de tal manera que los pacientes puedan llevar el tratamiento, y de ser posible, disfrutarlo también. De igual importancia es el hecho de que el programa produzca resultados que se puedan considerar valiosos. La medición de la validación social ayuda proporcionando un método para identificar aquellos elementos de un programa terapéutico que pudieran llevar a los pacientes a descuidarlo, evitarlo, o hasta abandonarlo por completo. Uno de los propósitos de la validación social es la obtención de retroalimentación de parte de los consumidores en cuanto a qué tanto les agradan aspectos específicos del tratamiento; en base a dicha información, es posible hacer cambios al programa o dar a los pacientes una explicación clara y razonable del por qué el tratamiento quizá contenga elementos indeseables. Sustentándose en dichas razones, se puede persuadir al paciente de continuar un tratamiento, o bien hacer más comprensibles las razones para tomarlo.

Pensando en una buena adherencia al tratamiento, lo que esperamos a continuación son resultados. Los beneficios de un programa terapéutico pueden darse de inmediato o a largo plazo. Los beneficios potenciales de las metas de tratamiento deben ser evaluados según las ganancias de largo o corto plazo para el individuo. Los consumidores quizá valoren más los resultados inmediatos y por lo tanto se preocupen más por las metas que están más al alcance a corto plazo. Las metas de tratamiento que solamente ofrecen beneficios después de un largo período de tratamiento, pero tienen un efecto duradero, pueden ser más aceptables en situaciones donde una conducta indeseable ha estado presente por un período largo de tiempo. En tales casos la conducta tendría una larga historia de reforzamiento y puede ser altamente resistente al tratamiento. Los consumidores quizá estén dispuestos a aceptar una meta de tratamiento que carezca de efectos inmediatos si consideran que esperar para recibir los beneficios valdrá la pena. La meta de tratamiento ideal tendría ambos efectos: a largo y a corto plazo. Este tipo de metas resuelven las preocupaciones inmediatas y ofrecen apoyo duradero por un período largo de tiempo.

Es de suma importancia seleccionar metas de tratamiento que fomenten la incorporación de nuevas habilidades útiles, especialmente, si dichas habilidades se convierten en el acceso a nuevas fuentes de reforzamiento para el paciente. En 1991 Hawkins hizo referencia a las conductas que maximizan las ocasiones para el reforzamiento y minimizan las oportunidades para el castigo como grandes poseedoras de potencial habilitador. Por ejemplo, una meta de tratamiento enfocada a incrementar la habilidad de una actividad recreativa como esquiar en nieve puede proporcionar al consumidor reforzamiento de alta calidad, pero, dependiendo de la disponibilidad de condiciones tales como la nieve, el índice de reforzamiento puede ser bastante pobre a menos que se ofrezcan otras salidas alternativas, como revistas sobre el tema de esquiar, video juegos, y otros. Además, puede ser difícil otorgar reforzamiento inmediato para un tratamiento cuyas metas se relacionan con el aumento de la actividad de esquiar, y el esfuerzo de respuesta asociado con semejante meta podría ser increíble. (*Ver tabla B.2, anexo 3*)

En base a los criterios de Schalock y Kierman (1990) para organizar y evaluar datos de validación social, la recomendación en relación a las metas se establece de la siguiente manera:

- 1.- El alcance de las metas se puede atribuir al tratamiento.
- 2.- Las metas deberán ser específicas y sensibles a cambios conductuales.
- 3.- Las metas deberán ser alcanzables.
- 4.- Las metas deberán ser cuantificables.
- 5.- Las metas deberán ser priorizadas.

Para que los consumidores aprecien el significado de los tratamientos, es importante que, cuando sea el caso, reconozcan, que los tratamientos fueron los responsables del alcance de nuevas habilidades habilitadoras. Este reconocimiento debe influir sobre la validación social post-tratamiento cuando la información se explica claramente a los consumidores. Las metas que son específicas y sensibles a cambios conductuales quizá puedan transmitirse a los consumidores de manera más clara durante la selección de metas y medición de los efectos del tratamiento. Seleccionar metas que puedan ser cuantificables puede aumentar lo específico de estas y mejorar el estimado de sus alcances. Todos estos factores, junto con las preferencias del consumidor, deben ser considerados al priorizar metas, y apropiadamente sopesados, para así promover el significado social de las mismas; sin embargo, siendo objetivos, no podemos ignorar la posibilidad de la existencia de la llamada conciencia de coerción, término descrito por Skinner en 1953 como el grado al que un individuo se pueda resistir o evitar el tratamiento. Es un hecho que en muchos casos, los consumidores quizá experimenten cierta forma de coerción a trabajar hacia una meta en particular. Cuando un consumidor carece de la capacidad de elegir participar o no; o bien de participar parcialmente, el grado de contra – control es decreciente. Por el contrario, cuando el consumidor está plenamente informado de su derecho de no participar, tiene un grado más alto de contra – control.

Una de las formas en que se comprueba el impacto terapéutico y, por ende, se sustenta la importancia de la validación social es a través de los criterios de desempeño. La ejecución de la conducta meta durante cierto tiempo y en diferentes ambientes debe ser monitoreada y propiamente registrada en diferentes momentos del proceso terapéutico.

Los criterios de desempeño pueden establecerse previa implementación del tratamiento para así comparar la conducta resultante con los criterios pre- establecidos. En 1991, Fawcett recomendó el uso de criterios en tres diferentes niveles de comparación de la ejecución conductual post – tratamiento.

El primer nivel es el de desempeño ideal, donde se ubicaría una conducta eficaz y consistente que no requiere de mejoras posteriores. El segundo nivel es el de la ejecución normativa, en donde la conducta es eficaz y comparable con la de otros funcionando en el mismo ambiente. El tercer nivel corresponde al desempeño deficiente en donde la conducta carece de eficacia y requiere de mejoras posteriores antes de que el individuo pudiera ser funcional dentro del ambiente. Este tipo de comparación con criterios específicos provee un método altamente estructurado para determinar la importancia social de los efectos de un tratamiento.

Sin duda, el impacto directo sobre el paciente llama la atención de quienes lo rodean, pero en ocasiones, el ambiente de las personas involucradas se ve afectado. Veámoslo de la siguiente manera: los tratamientos altamente efectivos pueden resultar con altos niveles de alteración para el ambiente, lo que puede hacer que el mantenimiento sea inconsistente y por lo tanto requiera de modificación. A la inversa, un tratamiento muy eficaz puede también producir mínima alteración al ambiente y resultar en altos niveles de mantenimiento. Este modelo predice situaciones tales como un tratamiento que resulta en grados mínimos de cambio conductual, bajo mantenimiento del mismo o alteración inesperada del ambiente, lo que requiere la modificación del tratamiento o que sea reemplazado por otro diferente. Una vez que el tratamiento es modificado o substituido, la tabla de flujo de toma de decisiones deberá seguirse nuevamente desde el principio.

Ahora bien, consideremos el rubro del uso de recursos y fondos disponibles y su relación con un efecto terapéutico significativo. Los recursos, de alguna manera, son parte de lo que rodea al individuo; de su ambiente. La sociedad frecuentemente se preocupa por la disponibilidad de recursos y fondos, así como de la manera en que se utilizan estos recursos. Un programa de tratamiento que hace uso de los recursos y fondos existentes probablemente sería más apropiado que un programa que requiere desarrollo de nuevos recursos o adquisición de fondos. Para que un programa de tratamiento tenga un efecto significativo, quizá sea necesario reorganizar el ambiente existente de manera substancial, lo que puede provocar la necesidad de adquirir nuevos recursos o fondos. En tales casos puede ser benéfico delinear cómo algunos recursos existentes se seguirán usando y cómo los nuevos recursos o los fondos pueden producir múltiples resultados dentro del ambiente.

No podemos hablar del impacto de un programa terapéutico sin hablar de su relación con el consultor y el entrenamiento que lo sustenta. En el caso de que los consultores se vean ante una situación que queda fuera de su nivel de experiencia, están éticamente obligados a buscar ayuda de alguien para supervisión, buscar entrenamiento adicional, o referir el caso a alguien con la experiencia suficiente para proporcionar el servicio de manera adecuada.

Los consultores que persistentemente obtienen nuevas habilidades, tendrán más que ofrecerle a los consumidores y pueden influir potencialmente sobre la validación social de un programa de tratamiento al proporcionarle más opciones al consumidor. De esta forma, tanto el consultor como el paciente podrán trabajar cercanamente hacia el desarrollo de un tratamiento que se ajuste bien al ambiente y de fácil implementación.

Los consultores deben tener conciencia tanto de su agenda personal como de la profesional cuando eligen un tratamiento para los consumidores. En algunos casos, ciertas metas de tratamiento pueden ser más interesantes para el consultor que otras. Pueden inclinarse a promover estas metas de tratamiento entre los consumidores por sus intereses personales, aún cuando estas metas quizá no sean de la más alta prioridad. Los consultores necesitan entender que el trabajar en un tratamiento en particular puede ser muy interesante y puede dar lugar a experiencias únicas, pero

quizá no sean lo que más le interesa a algunos consumidores. El consultor puede manejar estas agendas personales si selecciona cuidadosamente casos que le den la oportunidad de trabajar sobre metas de tratamiento específicas. Por ejemplo, un consultor que se interesa mucho y se especializa en la conducta auto-lesiva puede buscar este tipo de casos entre muchos, y referir otros casos a otros profesionales. En situaciones donde el consultor no tiene la opción de pasar casos a otros, quizá deberá asegurarse de utilizar la hoja de Priorización de Metas de Tratamiento (*Tabla B.3, anexo 4*) como un auto chequeo contra prejuicios personales en la selección de metas de tratamiento.

#### MODELOS PARA ABORDAR LA VALIDACIÓN SOCIAL

El concepto de validación social se extiende cuando Winett, Moore y Anderson (1991) proponen una definición más amplia como parte de un modelo de tres pasos dirigido a asegurarse que se elijan los comportamientos y las metas apropiadas. El primer paso del modelo está dirigido a asegurarse que se elijan los comportamientos y las metas apropiadas. Dentro de este modelo las conductas a tratar son organizadas en base a los riesgos asociados con resultados indeseables relativos al individuo y a la población general. Los tratamientos y metas del tratamiento seleccionados bajo estos criterios se considerarían socialmente válidos dada su importancia.

El segundo paso del modelo de Winett et al se enfoca en acomodar los tratamientos considerados como socialmente aceptables. Su modelo incorpora un marco de trabajo de mercadotecnia social, la tabla C.1 (*anexo 5*) proporciona un bosquejo de estas variables de mercadotecnia social y sus variables equivalentes correspondientes usadas en el desarrollo del tratamiento conductual. Estas variables serían examinadas al desarrollar un tratamiento, a través de la recolección de información sobre cada una de ellas, llevar a cabo tratamientos piloto, refinar tratamientos a la medida de la población elegida, y probar continuamente a los tratamientos hasta que muestren estar bien diseñados. El seguir este proceso de mercadotecnia social debe aumentar la validación social de los tratamientos.

El tercer paso del modelo se concentra en la importancia social de los afectos del tratamiento. Es muy importante determinar si un tratamiento tiene resultados significativos bajo situaciones ideales y prácticas de la vida. También los autores hablan de considerar el espectro de los resultados en relación con un individuo y con la población en general. Su modelo incluye criterios para la eficacia del tratamiento que requerirían que éste alcanzara un nivel de resultado esperado para efectos de ser considerado socialmente válido, en lugar de simplemente ser muy aceptado por los consumidores.

El modelo propuesto por Winett *et al.* (1991) parece ser muy relevante para desarrollar una base de datos comprensible sobre validación social entre poblaciones específicas que pueda ser examinado durante extensos períodos de tiempo y usarse para la derivación de futuras estimaciones de validación social.

Debido a la amplitud del área denominada aceptación del tratamiento, han surgido dos modelos para su abordaje: el distributivo, y el operante.

El modelo distributivo de Carter (2008) separa la aceptación general del tratamiento en tres distintas categorías consideradas con el poder de influir. Las tres categorías incluían: 1) influencias societarias, 2) influencias consultoras y 3) influencias asociadas con los consumidores de tratamientos. La influencia societaria fue definida como opiniones, evaluaciones y acciones de grandes sectores de la sociedad. Estos grandes segmentos incluyen grupos tales como legisladores, organizaciones profesionales, programas universitarios, y similares. Estos grupos pueden desarrollar leyes y formular opiniones en relación con tratamientos, promover la investigación en el desarrollo de tratamientos o probablemente avanzar movimientos relacionados con tratamientos. Otro ejemplo de influencia societaria puede involucrar la diseminación de desarrollos de investigación tales como la metodología de evaluación funcional. Esta metodología ha demostrado influir en la aceptación de tratamientos derivados de evaluaciones funcionales y aquellos derivados sin evaluaciones funcionales (McCausland, Grey, Wester, & McClean, 2004).

La segunda categoría de influencia descrita por Carter es la aceptación consultora. Esta categoría tiene que ver con el individuo que desarrolla, recomienda y evalúa

tratamientos. Factores tales como entrenamiento en consultoría profesional, experiencia / historia con ciertos tratamientos, y las capacidades individuales pueden influir en la aceptación de un tratamiento o pueden hacer que un tratamiento potencialmente aceptable y efectivo no sea recomendado o implementado. Los consultores están limitados por el entrenamiento profesional que han recibido, y la mayoría se ven limitados por los lineamientos éticos que hacen que no implementen tratamientos con los que no son muy capaces. Mientras que los consultores pueden buscar la ayuda de otros profesionales para implementar ciertos tratamientos, los profesionales competentes no siempre están disponibles por lo que ciertos tratamientos quizá tengan que evitarse. Estas limitaciones pueden evitar la necesidad de desarrollo y recomendación de otros tratamientos que probablemente fueron considerados aceptables o no aceptables por los consumidores que no tienen oportunidades para comparar con tratamientos no disponibles.

Los consultores que han sido capacitados bajo una orientación en particular quizá se inclinen a seleccionar y promover tratamientos derivados de esa orientación. Los consultores también pueden pertenecer a organizaciones profesionales específicas que fomentan el uso de tratamientos específicos, y esto puede influir sobre la aceptación personal del consultor de estos u otros tratamientos, y que posteriormente se transmitirán a los consumidores. Algunas otras maneras en que los consultores pueden influir en la aceptación del tratamiento es en su selección de componentes específicos de tratamientos y en la manera en que deciden evaluar la aceptación de los tratamientos que diseñan. Los consultores pueden elegir la inclusión de técnicas de reforzamiento o técnicas de castigo al desarrollar un tratamiento, o pueden elegir técnicas que pueden implementarse rápidamente o que requieren grandes cantidades de tiempo para implementarse. El consultor puede alterar la aceptación de un tratamiento al decidir incluir estos tipos de técnicas, las cuales han demostrado influir en la aceptación de tratamientos. (Kazdin, 1980; Witt, Elliot, & Martens, 1984). La manera en que un consultor evalúa la aceptación de un tratamiento puede también influir en la aceptación. Los consultores pueden elegir evaluar la aceptación con instrumentos con amplios y variables grados de confiabilidad y validez.

La tercera categoría de influencia descrita por Carter es la aceptación del consumidor. Esta categoría está compuesta por factores asociados con los individuos recibiendo tratamiento o con aquellos muy cercanos y a los que frecuentemente se les pide que evalúen su aceptación (tales como padres, cuidadores, etc.). Los factores en esta categoría fueron en su mayoría relacionados a características específicas de los consumidores de tratamientos, y que para aquellos recibiendo tratamiento incluían la severidad del problema que mostraban. La aceptación del tratamiento ha mostrado variar de acuerdo a la severidad del comportamiento que esta tratándose (Kadzin, 1980; Reimers, Wacker, Cooper & DeRaad, 1992; Tingstrom, 1990). Las características de aquellos que califican la aceptación de tratamientos han mostrado influir su propia aceptación de calificación de los mismos. Estas variables son muchas pero incluyen características tales como nivel socioeconómico (Heffer & Kelley, 1987), género (Kadzin, 1980), y angustia marital (Miller & Kelley, 1992).

Carter afirmó que cada una de estas categorías podía interactuar y en combinación conformar una aceptación general de tratamiento que era frecuentemente discutida y medida. Este modelo pretendía atacar la naturaleza recíproca de la aceptación del tratamiento.

Los beneficios de este tipo de modelo distributivo fueron descritos como proveedores de medios para evaluar ciertos factores de una manera más discreta de aquella como se venía haciendo y potencialmente proporcionando más información sobre cómo los factores en cada categoría del modelo influían la aceptación general. El modelo distributivo se describió también como proveedor de un marco de trabajo para determinar las causas de hallazgos contradictorios en la investigación de aceptación del tratamiento y para examinar las interacciones entre las diferentes categorías. Adicionalmente, se dijo que el modelo proporcionaba un medio benéfico para evaluar las tendencias potenciales dentro de la aceptación del tratamiento, lo cual puede estar ocurriendo en diferentes escalas para cada una de las diferentes subdivisiones del modelo. Mientras que este modelo puede proporcionar algunos beneficios en los conceptos, no se proporcionó evidencia empírica para apoyar los beneficios propuestos por el modelo.

Enmarcar a la investigación de la validación social en una conceptualización que sea altamente comprensiva parece ventajoso para reconocer correlaciones entre variables que posiblemente pasaron desapercibidas con anterioridad. El modelo de Carter (2008) es fluido, se puede extender fácilmente en cuanto se identifican nuevas e importantes variables. Aunque este modelo está altamente limitado y necesita datos que lo apoyen, puede ofrecer un marco de trabajo muy comprensible, a partir del cual se pueden explorar las diferentes dimensiones de la validación social.

El modelo puede ser útil al examinar las diferentes fuentes de influencia sobre la significancia social de las metas de tratamiento. La *Figura C.1 (anexo 6)* muestra un modelo distributivo de la significancia social de metas del tratamiento, el cual extiende el modelo de Carter en un esfuerzo para desarrollar un modelo general de validación social.

Recordando un poco lo ya dicho en éste capítulo, surge nuevamente el concepto de aceptación del tratamiento. A continuación, se hablará de su modelo operante, diseñado por Witt y Elliot en 1985. Los autores describen un modelo enfocado a las variables más significativas que influyen sobre la aceptación. Su modelo incluye las siguientes cuatro variables: (1) aceptación del tratamiento, (2) uso del tratamiento, (3) integridad del tratamiento, y (4) eficacia del tratamiento. Cada una de estas variables se describió como ocurriente en orden secuencial y con influencia recíproca sobre cada una de ellas (*ver Figura C.2, anexo 7*). La aceptación de un tratamiento es la primera variable en orden que influye la segunda variable en orden, el uso del tratamiento. De acuerdo con este modelo, un tratamiento debe ser aceptado primero, antes de que se use; entonces, una vez que éste es aceptado, su probabilidad de uso aumenta. Luego entonces, un tratamiento que se usa con más frecuencia tiene mayores posibilidades de ser aceptado. La tercera variable en el orden es la integridad del tratamiento, la cual puede juzgarse siempre y cuando el tratamiento esté en uso. Consecuentemente, la integridad del tratamiento puede hablar de su probabilidad de uso futuro. La cuarta variable en orden es la eficacia del tratamiento, la cual puede estar directamente relacionada con su grado de integridad. Más tarde, la eficacia de un tratamiento puede aumentar o disminuir la integridad con la que se implementa un tratamiento.

Finalmente, la eficacia de un tratamiento puede influir altamente en la aceptación del mismo. La aceptación puede influir también en la eficacia, a través de un uso mayor e incrementar la integridad de los procedimientos del mismo.

No menos importante, dentro del rubro de aceptación del tratamiento, tenemos el modelo de toma de decisiones creado por Reimers y otros colaboradores en 1987. Los autores desarrollaron un modelo de aceptación del tratamiento que incluía énfasis en el nivel de entendimiento de un tratamiento. Su modelo consistía en una tabla de flujo a partir de la cual se podían tomar decisiones en respuesta a numerosos resultados potenciales relacionados con la implementación de un tratamiento (Figura B.1, anexo 2). La importancia de entender el tratamiento estaba directamente relacionada con la aceptación del mismo, y la decisión inicial en relación a un tratamiento recomendado era determinar si el tratamiento era claramente comprendido. Dentro de este modelo, un buen entendimiento del tratamiento es un pre-requisito para determinar en qué grado se considera aceptable. En otras palabras, podía no ser considerado aceptable por alguien que antes, no tuvo una comprensión clara del mismo. Cuando un tratamiento no se entiende claramente, el resultado es un bajo acatamiento y baja eficacia, entonces se requiere que el tratamiento quede perfectamente claro.

Aunado a los modelos ya mencionados, se han ideado otros para demostrar cómo los componentes de la validación social, tales como la aceptación del tratamiento, pueden influir en otros aspectos del tratamiento, como lo es la integridad del mismo (Witt & Elliot) y adherencia al tratamiento (Reimers, Wacker, Cooper, y De Raad, 1992). En este rubro, se han desarrollado varias conceptualizaciones alrededor de la propiedad social de los procedimientos usados dentro de un programa terapéutico. Dichas conceptualizaciones han intentado explicar la relación entre elementos específicos de la aceptación del tratamiento y la determinación de la influencia de la aceptación del tratamiento sobre otras variables de la terapia. Igualmente, estas conceptualizaciones han tratado de organizar los numerosos factores atribuibles a la aceptación del tratamiento y explicar cómo la medición de la aceptación quizá esté distribuida a lo largo de diferentes dimensiones sociales.

La validación social debe no solo ser evaluada, sino mantenerse a lo largo del programa; por lo tanto se creó un modelo de evaluación y uno de mantenimiento que veremos a continuación:

El modelo de evaluación fue creado por Gresham y López en 1996, donde afirman que la validación social es producto de sus propias evaluaciones. Los autores describieron cómo puede haber un incremento en la validación social si los procedimientos que se usan para su evaluación mejoran. También hablan de una influencia sobre la validación social si ésta se evaluara con más frecuencia durante el proceso terapéutico, proporcionando así datos más útiles para tomar decisiones. Mientras ellos afirmaron que las opiniones de los consumidores eran importantes para vender un tratamiento o un programa, abogaron por la idea de que las opiniones de los consumidores no eran siempre para el mejor interés del individuo objeto de tratamiento. Al concentrarse en métodos de evaluación diferentes a la opinión del consumidor, pensaron que podían ofrecer a sus clientes tratamientos más socialmente válidos.

En cuanto al modelo de mantenimiento, éste fue creado por Kennedy en 2002. En él, la conceptualización de validación social se centra en examinar el mantenimiento de la conducta como indicador primario de validación social. Este concepto es similar al de Gresham y López en el hecho de poner más énfasis a las normas comparativas y no a las opiniones de los consumidores. Kennedy está a favor de que el mantenimiento de la conducta sea el indicador primario de validación social ya que de esa manera se puede: (1) proveer un medio de análisis y comprensión de cómo los contextos sociales se ven afectados por el cambio de conducta, (2) permitir la investigación empírica de diversas fuentes de control social y, (3) permitir la parsimoniosa incorporación de evaluaciones subjetivas y comparaciones normativas. Kennedy afirma que las habilidades que se desarrollan durante una intervención se pueden considerar de valor social en caso de mantenerse, ya que el ambiente social de la persona es una fuente de oportunidades para el continuo reforzamiento de las habilidades adquiridas. Más aún, la intervención no se considera socialmente válida si las habilidades desarrolladas durante ésta no se mantienen por la falta de oportunidades subsecuentes de obtener reforzamiento para mostrarlas en el ambiente social de la persona.

Si usa el mantenimiento de la conducta como principal indicador de validación social, las técnicas para fomentar el mantenimiento conductual se pueden manipular y evaluar en busca de causas relacionadas con la presencia o ausencia del mantenimiento. De dicha manera, esto puede dar paso a manipulaciones experimentales relacionadas con el mantenimiento de la conducta, las que más tarde podían ser comprendidas como manipulaciones de validación social.

La consideración de la alta o baja aceptación del tratamiento se da una vez que este concepto queda perfectamente entendido. Es de importancia considerar que los tratamientos con alto o bajo nivel de aceptación pueden resultar en alto acatamiento del mismo. El alto acatamiento puede entonces resultar en niveles altos o bajos de eficacia. Los tratamientos poco eficaces pueden resultar en bajo mantenimiento de los efectos del tratamiento y la necesidad de re- evaluarlo y modificarlo.

## MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA EVALUAR LA VALIDACIÓN SOCIAL Y LOS PROGRAMAS TERAPÉUTICOS

Mientras que el constructo de validación social propuesto por Kennedy parece tener potencial para mejorar la investigación en validación social, ejemplos empíricos usando estos procedimientos no se han hecho presentes en la literatura. Estas técnicas pueden requerir una extensa cantidad de tiempo debido a la falta de investigación cuyo foco primario sea el mantenimiento de la conducta. En la mayoría de los artículos de investigación se otorga la mayor atención a demostrar técnicas para el cambio conductual, para más tarde reportar que el tratamiento fue socialmente válido. Por lo tanto, mucha de la investigación que se ha llevado a cabo en el área de la validación social ha sido secundaria al tema primario de dichos artículos. Este método puede ser útil, sin embargo equívocamente representa la validación social de ciertos tratamientos, ya que es de alta probabilidad que solo los tratamientos que reciban calificaciones favorables de validación social sean publicados. Es decir, un tratamiento que fue

efectivo para cambiar una conducta pero no se consideró socialmente válido, muy probablemente no se publicará, o no se incluirá la información de la validación social.

Dicha tendencia quizá pueda verse disminuida si se hace que las evaluaciones de validación social sean más eficaces, de mayor disponibilidad, más claras, y más necesarias para diseminar hallazgos en la investigación. La eficacia de las evaluaciones va de la mano con el desarrollo de instrumentos, resultado del interés por la inspección de la validación social en los campos de la educación y de la psicología. Tanto en estos campos como en muchos otros, nuevamente recordemos que un componente de mucho peso en la validación social es la aceptación del tratamiento, es decir, los juicios que emiten los usuarios reales o los potenciales en referencia a un programa terapéutico. Ésta, a su vez, se divide en varios niveles, altamente relacionados con la importancia social. Las decisiones que se tomen al respecto determinan el nivel de validación social. Según Wolf (1978), como primer punto, los objetivos del tratamiento deben ser socialmente significativos en cuanto a un resultado tanto deseado como pertinente. El segundo aspecto es que los procedimientos implicados en el programa se consideren como potencialmente apropiados, de ser así, la sociedad los considera aceptables. En el tercer nivel nos encontramos con los efectos del tratamiento, los cuales deberán ser clínicamente significativos.

En 1980, Kazdin estableció un modelo a través del desarrollo del Inventario para Evaluación del Tratamiento (TEI, por sus siglas en inglés). Dicho modelo fue diseñado como escala de calificación tipo Likert que cuestionaba a aquellos que categorizaban en cuanto a diferentes factores relacionados con un tratamiento específico, este inventario es la medida formal de aceptación del tratamiento más utilizada y, junto con el Perfil de Calificación de Intervención (IRP, por sus siglas en inglés, Witt & Elliot, 1985), han sido las medidas de aceptación de tratamiento más modificadas y utilizadas dentro de la literatura de intervención conductual. Los investigadores han modificado y revisado estas medidas de diferentes maneras con el fin de mejorar la confiabilidad y validez, para así reducir el tiempo de administración y para hacer que los instrumentos sean más útiles para poblaciones específicas.

A pesar de que el TEI ha servido como formato estándar para obtener medidas formales de aceptación de tratamiento, también se han descrito en la literatura algunas otras medidas informales de aceptación. La mayoría de estas han involucrado hacer varias preguntas acerca de si a un consumidor o a alguien cercano a éste les agradó el tratamiento en general, o aspectos del mismo. Algunas de estas medidas posiblemente incluyeron preguntas abiertas; otros pidieron jerarquizaran la utilidad, efectividad, facilidad de implementación de un tratamiento, u otros factores usando escalas auto-diseñadas o grupos de preguntas de importancia para un tratamiento específico.

*La tabla D.1, (anexo 8)* proporciona un recuento de algunos de los instrumentos originales y formalizados desarrollados para medir la aceptación del tratamiento y las modificaciones, revisiones y extensiones de estos instrumentos.

Debido a la existencia de varios componentes dentro del constructo de validación social, surge la necesidad de crear diferentes instrumentos para medir diferentes aspectos de la misma.

La evaluación de la validación social se puede llevar a cabo de diferentes maneras y en diferentes momentos. *La Tabla D.2 (anexo 9)* bosqueja algunos de los diversos métodos para evaluar la validación social. Aunque hay varios métodos para medirla, el método más usado es el cuestionario o la escala de calificación. Por medio de éstos, se recopila información de manera sistematizada sobre las áreas pertinentes a la investigación. Su uso permite aplicaciones grupales o individuales con un ahorro significativo de tiempo.

Igualmente se usan otros instrumentos más formales para evaluar la aceptación del tratamiento, estos son, de alguna manera, más fáciles de rastrear en la literatura. Para poder determinar dónde y cuándo se deben utilizar este tipo de instrumentos, es necesario leer artículos al respecto con sumo cuidado, ya que no siempre son el foco de atención en la investigación, ejemplos de ello son:

- Entrevistas

Para evaluar la validación social, las entrevistas pueden proporcionar una gran cantidad de información en un período corto de tiempo. Sin embargo, la abundancia de información que facilitan puede no tener que ver con la relevancia de ésta para la determinación de la validación social de un tratamiento. Solo un entrevistador altamente capacitado logrará re – direccionar al entrevistado en caso de verse orillado a pláticas no relacionadas con la validación social debido a una entrevista no estructurada. Para delinear preguntas relevantes para áreas específicas de la validación social se deberá recurrir a una entrevista semi – estructurada. Gresham y López (1996) proporcionaron un ejemplo de una entrevista semi-estructurada para validación social que colocaba las preguntas en tres áreas de validación social (*Figura D.1, anexo 10*) La entrevista consiste de 21 preguntas base con preguntas adicionales relacionadas. Las primeras nueve preguntas se enfocan en lo significativo de las metas del tratamiento, las siguientes seis preguntas tienen que ver con la aceptación del tratamiento y las últimas seis se relacionan con la importancia de los efectos del tratamiento. Esta entrevista puede ser un método útil para recopilar información de validación social, pero las aplicaciones extendidas de la utilidad de la entrevista no se han dado a conocer ampliamente.

- Observación directa

Este es un método para evaluar la validación social que quizá proporcione información de alta calidad pero puede requerir una importante cantidad de tiempo y de esfuerzo. Cuando se observa el comportamiento de un individuo mientras se está recibiendo tratamiento se pueden hacer numerosas comparaciones. Estas pueden dirigirse al funcionamiento de otros en ambientes iguales o similares; se puede observar al individuo objeto de tratamiento y observar el funcionamiento de otros en el mismo ambiente; o bien, las observaciones pueden hacerse para comparar qué tanto se asemeja la persona candidata a tratamiento a otros considerados funcionales en el mismo tipo de ambiente.

Como se dijo con anterioridad, parece haber una tendencia a la baja en la investigación de la validación social en términos generales. La *Tabla D.3 (anexo 11)* proporciona algunas recomendaciones para aumentar el uso de medidas de evaluación de validación social y cada una de éstas será discutida a continuación.

#### 1.- Aumentar la disponibilidad de instrumentos y de otras mediciones.

El hecho de tener instrumentos bien desarrollados disponibles para evaluar la aceptación del tratamiento, es una estrategia para ayudar a superar la tendencia decreciente en la investigación de la validación social. En muchos artículos de investigación el instrumento real no está impreso. En muchos casos es difícil obtener el instrumento real, ya que puede requerir escribirle al autor u obtener el instrumento de alguna otra fuente tal como un libro. Estos instrumentos de aceptación de tratamiento quizá puedan hacerse más accesibles para descarga u ofreciendo copias de los instrumentos por una cuota.

#### 2.- Aumentar la conciencia de instrumentos en el consultor.

El hecho de hacer que los instrumentos tengan mayor disponibilidad no necesariamente garantiza que vayan a ser usados, razón por la cual, su uso puede depender de programas de entrenamiento en psicología, educación y análisis de la conducta aplicado para enfatizar la conciencia de estos instrumentos, su importancia y el entrenamiento en competencias para su administración y calificación. Aquellos que ejercen y tienen instrumentos a la mano para su uso, están conscientes de los diferentes tipos de instrumentos, y tienen una comprensión de la importancia de éstos, por lo tanto, son más proclives a su uso.

#### 3.- Aumentar la competencia en la administración y calificación de los instrumentos.

El foco de la mayoría de los programas de entrenamiento en análisis conductual aplicado es la observación directa de la conducta y el uso de diseños de investigación sobre un solo sujeto. Esta es la base sobre la cual se desarrolló el análisis conductual. En contraste, el desarrollo de instrumentos para medir la validación social tales como el

TEI o el IRP, involucraron la medición indirecta y subjetiva y métodos de diseño de investigación grupal. Este contraste quizá contribuye a la falta de familiaridad en el uso de algunos instrumentos para recolectar información sobre validación social. Esta falta de familiaridad se podría remediar al asegurarse de que los programas de entrenamiento en análisis conductual aplicado y los cursos de educación continua ofrezcan preparación en, por lo menos, cómo aplicar y calificar correctamente varios instrumentos para validación social. Probablemente se deba considerar también un entrenamiento más avanzado en cómo usar diseños de investigación de grupo y procedimientos estadísticos avanzados, para así poder desarrollar y validar nuevos instrumentos para la recopilación de información sobre validación social.

4.- Aumentar el conocimiento de los usos potenciales de la información sobre aceptación.

Tomando en consideración el limitado uso reportado sobre medidas de validación social, los que ejercen y recopilan datos sobre el tema, quizá reciban mínimos refuerzos para que lo sigan haciendo. Los consultores quizá necesiten que se les proporcionen nuevas habilidades para usar la información sobre validación social, para que así obtengan más reforzamiento para hacerlo. Los consultores que regularmente recopilan datos sobre validación social pueden usar la información para mejorar los servicios que ofrecen y, por lo tanto tener más valor ante los consumidores. Esto puede ser ventajoso para el consultor ya que los consumidores que opinan que un servicio es muy valioso, frecuentemente extienden la información a otros consumidores que quizá busquen los servicios del consultor, resultando en un ingreso mayor y en seguridad laboral. Los consultores también pueden pensar que los instrumentos de aceptación al tratamiento son útiles para evitar disputas en relación con la aceptación de tratamientos específicos, o quizá ayuden a establecer disputas en relación con la aceptación de tratamientos.

La única manera de identificar los numerosos usos potenciales de los datos sobre validación social es el recolectar la información y examinar las maneras potenciales de usarla. Con la limitada disponibilidad de datos sobre validación social, también existe una oportunidad limitada del uso de la información en la toma de decisiones,

planeación de servicios, desarrollo de tratamientos, y similares. El hacer que la información sobre validación social sea más accesible para los consumidores, consultores, y otros segmentos de la sociedad probablemente reduzca el número de oportunidades desperdiciadas donde este tipo de información podía haber sido útil, y aumentar el valor de la misma.

#### 5.- Re-enfatizar la importancia de la validación social.

Basados en la tendencia decreciente de la diseminación de la información sobre validación social, se puede decir que la validación social no se considera tan importante como quizás alguna vez lo fue. La mayoría de los analistas conductuales, si se les preguntara, estarían de acuerdo en que la validación social es una parte altamente importante de la práctica dentro del análisis conductual aplicado. La creciente promoción de la necesidad de incluir información sobre validación social podría llevarnos a un renovado interés y potencialmente al desarrollo de mejores métodos para medir la validación social.

En general, con el afán de aumentar el uso de instrumentos de aceptación del tratamiento, los profesionales contarán con una base bien desarrollada a partir de la cual se podrán tomar decisiones terapéuticas y llevar a cabo investigación futura una vez que los instrumentos de evaluación de aceptación han sido mejorados y cuenten con los avances de investigación en el área. Aún con los avances logrados hacia instrumentos de aceptación de tratamiento más confiables, más válidos, más oportunos, y más poblaciones específicas, no parece haber un aumento en su uso. Una razón potencial para su mínimo uso es su inhabilidad para detectar cambios pequeños entre los consumidores. Elliot, Busse y Gresham (1993) señalaron que las escalas de clasificación no son lo suficientemente sensibles como para detectar cambios conductuales menores. Mientras que debería notarse que los instrumentos sobre aceptación de tratamiento están limitados en su capacidad para detectar cambios menores en la aceptación del consumidor, no son los métodos de más fácil administración para recopilar información de forma rápida. La ventaja de utilizar

instrumentos de aceptación de tratamiento es que pueden ser de apoyo y apoyados por otra información. En combinación con otra información, los datos de un instrumento de aceptación de tratamiento pueden proporcionar evidencia substancial de validación social.

Habiendo profundizado en los temas de aceptación del tratamiento y de las metas, la sección a continuación se referirá al tema del instrumento o del método que se va a usar para hacer las mediciones pertinentes. Haciendo a un lado el hecho de que ya se habló de la formalidad o informalidad de los medios de evaluación, hay ciertas características con las que, preferentemente, todo instrumento debe contar; éstas son:

### *Validez y Confiabilidad*

Los consultores deben determinar la necesidad de instrumentos que tengan validez y confiabilidad probada. Hay varios instrumentos que la tienen, tales como el TEI, IRP, AARP, y otros. Mientras que cada uno de estos instrumentos puede ser efectivo hacia la obtención de medidas valiosas de aceptación, parece ser que los instrumentos no siempre satisfacen las necesidades de los consultores o de los consumidores. En numerosas instancias en la literatura, estos instrumentos han sido modificados para satisfacer las necesidades específicas de los consumidores y consultores. En otras muchas instancias, se han evitado estos instrumentos para dar lugar a instrumentos auto-desarrollados para la evaluación de la validación social. Hay diferentes posibles razones para esta tendencia, tales como que la validez y la confiabilidad demostradas no son siempre importantes; los instrumentos estandarizados no satisfacen las necesidades del consumidor o del consultor; los instrumentos no son de fácil acceso; los consultores no conocen otros instrumentos de utilidad; o combinaciones de estos y / o otros factores. Básicamente, los consultores deben concientizarse de los instrumentos disponibles y seleccionar los mejores métodos para su situación.

### *Facilidad de implementación*

La recolección de información a través de los instrumentos o métodos diseñados, debe ser rápida y eficiente; es de gran importancia que las medidas de validación social no consuman tiempo excesivo. Se recomienda que los cuestionarios de validación social sean altamente comprensibles y que permitan a los consumidores numerosas opciones de respuesta. Cuando se usa un cuestionario como tal, se debe reconocer el tiempo otorgado, especialmente cuando estos cuestionarios se usan en conjunto con otros instrumentos similares tales como entrevistas de análisis funcional.

Podría ser de mucho beneficio si los consultores sintetizaran, en una herramienta de medición comprensible, numerosas variables, datos antecedentes de análisis funcional, y datos de validación social además de que, al mismo tiempo disminuiría la redundancia. Otra opción sería confiar en otros factores relacionados que pueden ofrecer insight de las preferencias del consumidor y pueden ser indicador de validación social, tales como medidas de calidad de vida, medida de habilitación, medida de aptitud vocacional, etc., de las cuales se puede obtener información.

La información proveniente de otros programas exitosos puede ser un indicador de metas de tratamiento consideradas socialmente válidas por consumidores específicos. Entre más fácil sea obtener información sobre metas de tratamiento potencialmente significativas socialmente, más fácilmente se usarán las medidas por parte de los consultores.

### *Especificidad para dirigirse al Individuo / grupo*

Los consultores deben considerar las características de los individuos que evaluarán la validación social de las metas de tratamiento y elegir medidas lo más compatibles posible con esas características. Se han desarrollado varios instrumentos para poblaciones específicas, tales como: personal institucional, maestros, padres, hijos, etc. Los instrumentos desarrollados para usarse con maestros se concentran en variables frecuentes del interés de los maestros, tales como la dificultad en la implementación. Los instrumentos diseñados para menores presentan la información a un nivel de entendimiento apropiado para la edad del grupo. Los instrumentos frecuentemente

usados para los padres tienen reactivos de fácil lectura y normalmente son presentados por un consultor que lee los reactivos a los padres. Cada uno de estos instrumentos tiene como objetivo una población específica de consumidores y normalmente es de fácil administración. Los consultores deben familiarizarse con los instrumentos disponibles y elegir aquellos más apropiados para sus propósitos. Cuando los instrumentos no están disponibles para una población específica, los consultores deben considerar la modificación de algunos de los instrumentos existentes o la utilización de otros tipos de medición que sean más apropiados.

### *Claridad en los reactivos*

Los instrumentos necesitan describir las preguntas formuladas a los consumidores de manera clara. Con el fin de obtener información de los consumidores en escalas de índices de manera más precisa, los reactivos necesitan ser específicos en cuanto a qué exactamente se está evaluando. Determinar puntajes acerca de las metas, procedimientos, y efectos del tratamiento puede ser un método para ofrecer claridad a los reactivos en una escala de puntajes. Las preguntas más amplias en una escala de puntaje deben especificar todas las áreas que necesitan considerarse al hacer una clasificación. Incluir información específica de qué exactamente se califica puede dar una oportunidad para que el consultor haga ajustes menores a programas de tratamiento para mejorar la validación social sin tener que trabajar nuevamente en un programa completo para alcanzar los mismos resultados. Se pueden administrar escalas de puntajes a varios reactivos durante el curso del desarrollo y la implementación del tratamiento, y estos puntajes en diferentes períodos de tiempo pueden proporcionar comparaciones útiles. Aunado a esta estrategia, también puede ser benéfico incluir algunos reactivos comparativos dentro de una escala de clasificación que se administra después de que un tratamiento ha sido implementado y sus efectos han sido alcanzados. Reactivos como éste, pueden especificar que los calificadores evalúen un aspecto del programa de tratamiento basado en sus percepciones previas a la implementación, durante, y después de la misma. Estos tipos de puntajes obtenidos después de los efectos del tratamiento han demostrado que

pueden ser adicionales a los puntajes obtenidos antes del tratamiento y durante la implementación con el fin de sumar confiabilidad a aquellos puntajes

Después de haber hecho un recorrido por la conceptualización de la validación social, su importancia, los modelos para abordarla y los métodos y técnicas para medir sus diferentes aspectos, es prudente concluir que el impacto de un programa terapéutico depende en gran manera de la adecuada conjunción de todos y cada uno de los elementos y procesos que lo conforman. Igualmente importante son todos aquellos involucrados a lo largo del tratamiento en todos los niveles. Aquellos que implementan el programa directa o indirectamente, no solo deberán contar con la información y/o los conocimientos para hacerlo; sino con la conciencia de que el programa será de ayuda para la persona que lo recibe y de no ser así, sentir plena libertad de expresarlo a quien sea pertinente para considerar la posibilidad de alguna modificación; siempre y cuando sea para beneficio del paciente y no afecte su integridad física y / o moral.

## II. MÉTODO

### ➤ Objetivo:

Validar socialmente el programa de medicina conductual aplicado en pacientes dados de alta en un centro de consulta externa.

### ➤ Tipo de Estudio:

Descriptivo de situaciones y eventos en los que los participantes se vieron involucrados como parte de la admisión y del proceso terapéutico.

### ➤ Diseño:

Transversal debido a que recopila información que se generó durante la solicitud de atención y posteriormente durante el proceso terapéutico.

➤ Muestreo: No probabilístico, por criterio.

Criterios de inclusión:

Pacientes que hayan...

- recibido atención en el programa de medicina conductual de consulta externa.
- marcado el \* área de salud como la más afectada.
- sido dados de alta en el período comprendido entre junio del 2011 y junio del 2012.
- aceptado participar de manera voluntaria

\*entiéndase por área de salud cualquier sintomatología física expresada por los pacientes.

➤ Muestra:

La muestra constó de 10 pacientes que fueron atendidos en el programa de medicina conductual. Únicamente fueron seis los participantes que completaron el proceso para ser evaluados. Las características de los participantes fueron las siguientes:

	Número	Edades	Escolaridad
Hombres	4	19, 30, 38 y 63	Bachillerato (1), Técnico (1) y Licenciatura (2)
Mujeres	2	22 y 26	Licenciatura

➤ Variables:

- VD: Haber sido paciente del programa de medicina conductual.
- VI: Percepción de los pacientes dados de alta respecto del impacto del tratamiento de medicina conductual recibido.

➤ Técnica terapéutica utilizada en el programa de medicina conductual.

El programa de medicina conductual que se evaluó se basa en un tratamiento individual con una duración promedio de quince a veinte sesiones de una hora, una vez a la semana.

Beck y Ellis (70's), desarrollaron la terapia cognitivo - conductual, la cual definieron como la incorporación de intervenciones tanto conductuales como cognitivas.

Las primeras se refieren a intentos directos de disminuir conductas y emociones disfuncionales, modificando el comportamiento.

Las segundas también tratan de disminuir conductas y emociones disfuncionales, pero con la diferencia de que lo hacen modificando las percepciones y patrones de pensamiento de la persona.

El propósito de la terapia es reducir o eliminar el malestar o la conducta no deseada, substituyéndola por otras conductas o pensamientos adaptativos y funcionales. Para lograr lo anterior, básicamente se trabaja con métodos de re-estructuración cognitiva, habilidades de afrontamiento y modelo de toma de decisiones y solución de problemas.

➤ El instrumento:

Se diseñó un instrumento para evaluar el impacto del tratamiento recibido por el (la) paciente que busca recoger información del paciente acerca de lo que percibe y reconoce a través de conductas cotidianas. El instrumento cuenta con un total de 31 reactivos, cuya forma de respuesta incluye: jerarquización, tipo Likert, y preguntas abiertas (ver Anexo 12). Su validación fue por jueces, integrados éstos por cinco académicos y cinco egresados.

La estructura de la encuesta está conformada por dos grandes áreas: la administrativa y la terapéutica, cada una de estas áreas cuenta con sub-áreas relativas a las diferentes etapas por las que atraviesa el paciente una vez que ingresa al CSP.

➤ Procedimiento:

1º Se hizo una revisión del expediente clínico para seleccionar a todos aquellos que asistieron al Centro de Servicios Psicológicos señalando como principal afectación el área de salud, y que fueron dados de alta dentro del programa de medicina conductual en el período comprendido entre junio de 2011 y junio de 2012.

2º Se hizo un primer contacto a través de una cuenta de correo electrónico que se abrió exclusivamente para ese fin.

3º Vía correo electrónico se recolectó información a través de un cuestionario que dio cuenta de la percepción del nivel de impacto del programa terapéutico.

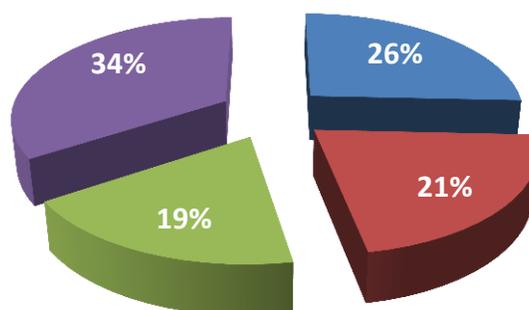
## RESULTADOS

La información obtenida a través de las respuestas de los pacientes, se analizó tomando como base cada uno de los segmentos que conforman el instrumento.

Fueron 10 los participantes que cubrieron los tres primeros criterios de inclusión y con los cuales se intentó establecer contacto, respondiendo sólo seis de ellos y cubriendo con ellos los cuatro criterios establecidos para ser parte de los pacientes a ser encuestados. Con los cuatro restantes no se pudo establecer comunicación a pesar de la insistencia por diferentes medios como teléfono de casa, teléfono celular o correo electrónico. Las razones fueron cambio de dirección electrónica, cambio en los números de teléfono y en dos de ellos no se obtuvo respuesta alguna. Los hallazgos del primer segmento del instrumento se presentan en la siguiente gráfica:

### Percepción de los pacientes acerca de la satisfacción de los servicios recibidos

■ Preconsulta                      ■ Historia Clínica  
■ Aplicación de Pruebas      ■ Sesiones Terapéuticas



Como podemos observar, las sesiones terapéuticas presentaron el área mejor calificada por los pacientes. Podemos afirmar, que por las más diversas razones estos

pacientes lograron satisfacer, de alguna manera, sus expectativas y encontraron en las sesiones lo que buscaban, lo que haya sido, pero que sin duda los hizo sentir mejor. En consecuencia, este aspecto de la atención terapéutica alcanza un alto nivel de validación social.

Es importante señalar, que para dar mayor claridad a los resultados, los cinco rangos utilizados en el instrumento se redujeron a tres: bien – regular – mal, para el segundo segmento y: siempre - a veces – nunca, para el tercer y cuarto segmentos:

### Segundo segmento: Atención brindada por el personal administrativo

<b>Instrucciones:</b> Marque con una “X” la mejor respuesta en base a la siguiente escala:	1	2	3
	Bien	Regular	Mal
#2 ¿Cómo califica la prontitud de la atención en su primer contacto en la clínica? (en persona o por teléfono)	34%	66%	
#3 ¿Cómo califica la amabilidad con que se le atendió en su primer contacto con la clínica?	100%		
#4 ¿Cómo califica la claridad de la información que recibió en su primer contacto en la clínica?	100%		
#5 ¿Cómo califica la atención administrativa en general?	83%	17%	

Figura S2. “Atención brindada por el personal administrativo” % = Porcentaje de pacientes

Sin duda, el hecho de recibir un trato amable e información clara por parte del personal administrativo se resume en una atención buena en general. Sin embargo, la prontitud de la misma es un área donde se debe mejorar para evitar el desinterés de parte de los pacientes.

Tercer segmento: Atención brindada por el (la) terapeuta durante las sesiones.

<b>Instrucciones:</b> Marque con una "X" la mejor respuesta en base a la siguiente escala:	1 Siempre	2 A veces	3 Nunca
#6 El terapeuta iniciaba y terminaba las sesiones a tiempo	100%		
#7 El terapeuta fue amable durante las sesiones	100%		
#8 Las explicaciones del terapeuta en cuanto al tratamiento que iba usted a recibir eran claras	100%		
#9 Usted percibió al terapeuta como bien preparado	100%		
#10 Se sintió cómodo(a) con el terapeuta durante las sesiones	100%		
#11 <b>El terapeuta y usted</b> establecían las metas del tratamiento y/o los objetivos de las sesiones	100%		
#12 El terapeuta le comunicaba cambios en horarios de las citas o cualquier aspecto relacionado con el tratamiento	100%		
#13 El terapeuta mostró interés en su problemática	100%		

#14 El terapeuta le dio un trato digno y respetuoso	100%		
#15 El terapeuta se comportó de manera profesional	100%		
#16 Las tareas que le asignaba el terapeuta eran fáciles de hacer	100%		
#17 El terapeuta revisaba las tareas	100%		

Figura S3. "Atención brindada por el (la) terapeuta durante las sesiones". % = Porcentaje de pacientes

En este segmento, las cifras arrojadas concuerdan con el hecho de que las sesiones con el terapeuta brindaron a los pacientes el nivel el cumplimiento de sus expectativas. En este caso en particular, se evalúa la atención prestada por el terapeuta, la cual, al ser de buena calidad, se refleja automáticamente en la percepción del paciente. Los altos niveles en la evaluación, por una parte, dan clara cuenta del buen trabajo de los terapeutas; cumpliendo con su labor dentro de un marco ético y profesional. Sin embargo, por otra, los óptimos resultados nos llevan a considerar una sobrevaloración del terapeuta. Si analizamos los reactivos, observamos que algunos de ellos son muy objetivos, lo que nos habla de aspectos formales del desempeño del terapeuta. En contraste, otras preguntas son claramente subjetivas, aspecto que se relaciona muy de cerca con la empatía; factor sin duda muy importante que contribuye a las altas valoraciones.

#### Cuarto segmento: Impacto del tratamiento.

<b>Instrucciones:</b> Marque con una "X" la mejor respuesta en base a la siguiente escala:	1	2	3
	Siempre	A veces	Nunca
#18 ¿Acude a sus citas médicas con la frecuencia?	100%		
#19 ¿Toma usted sus medicamentos como se lo indicó el médico?	100%		
#20 ¿Hace usted algún tipo de ejercicio físico?	50%	33%	16%
#21 ¿Pasa muchas horas sin alimento?		33%	66%
#22 ¿Come alimentos no permitidos por su médico?		33%	66%
#23 Al levantarse en la mañana, ¿siente usted que realmente descansó durante la noche?	50%	50%	
#24 ¿Le cuesta trabajo quedarse dormido(a)?	33%	16%	50%
#25 ¿Se despierta durante la noche?	16%	16%	66%
#26 En caso de sentir ansiedad o estrés, ¿práctica la relajación o la respiración para disminuir el nerviosismo?	33%		66%

Figura S4. "Impacto del tratamiento". % = Porcentaje de pacientes.

Ahora nos encontramos con una de las áreas más importantes, ya que el impacto del tratamiento en la vida cotidiana de los pacientes es consecuencia de la eficacia del mismo, por lo que es altamente validado socialmente. Es importante resaltar que este segmento del instrumento establece una clara división entre lo que hace el paciente para llevar una vida más saludable, reflejado en los cinco primeros reactivos y cómo se siente (cuatro últimos reactivos).

Independientemente de dicha división, en nuestros resultados es grato observar que se dio un buen nivel de adherencia al tratamiento médico. Recordemos que lo anterior es uno de los objetivos que persigue la intervención dentro del campo de la medicina conductual. Por otra parte, las cifras reflejan cambios conductuales que repercuten en buenos hábitos de actividad física, alimentación y sueño, aspectos medulares en el bienestar general de una persona. Sin embargo, el área que necesita de más trabajo es la persuasión para que los pacientes pongan en práctica la relajación y la respiración como medios para controlar malestares físicos y/o emocionales, los cuales, en múltiples ocasiones se relacionan muy cercanamente.

### Quinto segmento: Preguntas abiertas

***Por último, favor de responder a las siguientes preguntas:***

27.- ¿Qué hace cuando siente algún malestar físico?		
28.- Cuándo se siente usted muy enojado (a), ¿qué hace para “sacar” ese enojo?		
29.- Cuando viene a usted un pensamiento desagradable o negativo, ¿qué hace para evitarlo?		
30.- En algún momento, ¿pensó usted abandonar el tratamiento?	SÍ	No
¿Por qué?		
31.- ¿En qué aspecto(s) de su vida cree usted que el tratamiento le trajo más beneficios?, ¿y en cuál(es) menos?		

De manera categorizada se puede observar lo siguiente acerca de los efectos del tratamiento en los pacientes:

a) Cuando sienten algún malestar físico...

66% acuden al doctor y siguen sus indicaciones

16% trata de relajarse

16% analiza el por qué de su malestar

b) Cuando se sienten enojados (as):

33% escuchan música o hacen respiraciones para “sacar” el enojo.

16% expresa su sentir para “sacar” el enojo y trata de controlar éste.

16% asocia el enojo con emociones positivas para “sacar” el enojo.

16% trata de controlar la emoción y, de no lograrlo se frustra.

16% no puede “sacar” el enojo.

c) Cuando les viene a la mente un pensamiento desagradable o negativo...

50% lo substituyen por uno positivo o más agradable.

16 % tratar de atraer su atención hacia otra cosa para distraerse.

16 % piensan que en el futuro toda va a estar mejor.

16 % tratan de atacar el pensamiento con acciones que lo mermen.

Por otra parte:

83 % de los pacientes NO pensaron en abandonar el tratamiento, por las siguientes razones:

60% por sentirse mejor.

20% porque sabía que necesitaba ayuda.

20% porque la terapia le ofrecía alternativas para su vida cotidiana y saciaba sus dudas.

16% de los pacientes SÍ consideró abandonar el tratamiento, ya que dudaba que el terapeuta lo fuera a entender, sin embargo sí completó el programa porque vio resultados.

Las opiniones expresadas muestran que, por una parte, los pacientes adquirieron más conciencia de que posiblemente tienen alguna enfermedad física, por lo que deciden visitar al médico.

Así mismo, se puede observar que los pacientes están tratando de controlar su enojo y lo hacen por diferentes medios, los cuales son sanos en su mayoría. Sin embargo todavía hay algunas personas que deben trabajar más en la asertividad para expresar sus emociones para así evitar la frustración de no poder hacerlo, o de hacerlo de forma inadecuada.

La terapia cognitivo – conductual muestra sus efectos en el hecho de que los pacientes aplican varias de sus técnicas con el fin de hacerse de herramientas para un mejor manejo de las situaciones que los puedan abatir.

Los pacientes, en su mayoría se mantuvieron dentro del programa porque observaron cambios en su manera de afrontar las situaciones, así como en la auto – percepción. Paralelamente, un pequeño porcentaje pensó, al inicio en la posibilidad de abandonar el programa, pero no lo hizo al percatarse de la efectividad de éste, es decir, del impacto en su persona a pesar de su escepticismo, una vez más: validación social.

Para 50% de los pacientes los beneficios de la terapia se reflejaron en el ámbito personal (físico y emocional), social, laboral, familiar y sentimental.

El 16% expresó ser más tolerante consigo mismo y con los demás; y haber aprendido a no victimizarse. A pesar de ello, el cansancio físico permanece, situación que él mismo atribuye a su insistencia en la rumiación.

Un 16% más comenta haber mejorado su autoestima; sin embargo todavía se le dificulta expresar sus sentimientos.

El 16% restante dice que la cuantificación de beneficios le parece algo imposible y redundante.

Como comentario a esta información, se aprecia claramente que la balanza de las áreas de impacto se inclina un poco más hacia el lado positivo, ya que la mayoría de los pacientes hablan de mejoría en diversos ámbitos de su vida y de su relación intra e interpersonal. A pesar de ello, persisten algunas situaciones de manejo de emociones y de cansancio físico que no reflejan impacto alguno.

## DISCUSIÓN

En la presente investigación nos propusimos llevar a cabo el siguiente objetivo: medir el impacto del tratamiento recibido por pacientes cuya salud se ha visto mermada por aspectos psicológicos, o bien, que presentan una enfermedad física y, al desconocerlo, atribuyen los síntomas a aspectos emocionales.

Para dar respuesta concreta se procederá a analizar los resultados de la validación a través de los pacientes tratados bajo la técnica cognitivo – conductual.

Lo que a continuación presentamos es la contrastación de los resultados obtenidos a partir de la evaluación de las sesiones terapéuticas y del terapeuta en sí; con el marco teórico del presente trabajo. Así mismo hablaremos del impacto del tratamiento en los pacientes, lo que implica analizar el reporte de modificación conductual en relación a estilos de vida que representan un beneficio para su salud, y por lo tanto proporcionan bienestar general. Estas áreas están íntimamente relacionadas con los temas que nos competen y que conforman este trabajo documental: La Medicina Conductual, la relación médico – paciente y la Validación Social.

El primer segmento del que se hablará revela el nivel de “comodidad” que sintió el paciente durante el proceso. Es importante considerar que en muchas ocasiones el terapeuta responsable de cualquiera de estos procesos no es el mismo que participa en el resto, lo que puede interferir en el nivel de comodidad. Si analizamos las etapas como tales, independientemente del responsable a cargo, para muchos pacientes, la pre-consulta tiene un significado muy especial. A raíz de ser el primer contacto con el terapeuta, la pre-consulta produce, en algunos casos, cierto nerviosismo en los pacientes. Muchos de ellos sienten que serán cuestionados o quizá criticados por algo que ellos mismos están juzgando. Por otro lado, la pre – consulta representa para algunos pacientes la oportunidad de desahogarse y se sienten aliviados tan solo por ser escuchados. Un efecto similar ocurre con la elaboración de la Historia Clínica, con la diferencia de que al ser ésta mucho más detallada, puede tener un efecto hacia los extremos: que el paciente se sienta mejor y satisfecho de haber comenzado a atenderse, o bien, hacer que el paciente se sienta cuestionado y juzgado. Mucho del

efecto que tenga en el paciente tendrá que ver con el buen manejo del proceso por parte del terapeuta y con su sólida preparación para mantenerse en el marco ético y profesional necesario.

En cuanto a la aplicación de pruebas, en su carácter de grupal, es muy genérica y solo se puede hablar de la incomodidad que el paciente pueda sentir al contestarlas; ya que el análisis específico de resultados y de confiabilidad no es asunto que nos compete en este trabajo.

Como podemos observar, nuestros resultados coinciden con lo planteado por González Menéndez (2004) en cuanto a la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta, ya que como parte de esta, tenemos la discusión de varias situaciones y actitudes relacionadas con la evolución del malestar o de la sintomatología (física o emocional). Parece ser que los participantes desarrollaron esa objetividad necesaria para concientizar la etapa de la vida por la que atraviesan, su situación en particular y todo aquello que rodea la génesis y evolución del malestar, incomodidad, o enfermedad. Un elemento básico para que se dé este marco ideal, es la empatía entre ambos (Rogers, 1957), la cual es generadora de múltiples recursos a favor de la relación. Una vez presente esa objetividad, proveniente de ambas partes, las vías de comunicación se establecen y permiten que el “tráfico” de ideas, conceptos, emociones, etc., fluya de manera ideal.

A continuación encontramos la evaluación del área administrativa que, aunque ésta no lleva la carga fuerte que denota la validación social; es importante considerar algunas cuestiones al respecto. La disposición del paciente hacia el programa terapéutico puede variar dependiendo del primer contacto con el área administrativa. La forma en que la persona es atendida puede influir en la voluntad para seguir adelante en el proceso.

En el caso de los resultados arrojados, la opinión general de los usuarios en cuanto a la primera atención recibida es buena, factor que, como señala Carter (2010), es muy valioso debido a que si los usuarios de un servicio se encuentran satisfechos, muy probablemente lo recomendarán a otros.

En cuanto a la evaluación del terapeuta y las sesiones podemos hablar de una infinidad de cuestiones; a continuación, hablaremos de las más apropiadas en relación con la validación social de la intervención.

Cuando un tratamiento impacta en la vida del paciente, es porque éste se puso en manos del especialista dentro de un contexto favorable que comprende numerosos aspectos. Es bien sabido que uno de los factores que influye en el éxito de un programa terapéutico es la relación que se da entre el terapeuta y el paciente. Dicha relación es muy sensible y debe manejarse dentro de un marco meticulosamente ético para no dejar permear matices que la deterioren.

Una relación funcional y muy probablemente exitosa debe ser de cooperación guiada; ejemplificando en medicina conductual, este es el caso de pacientes crónicos en condiciones de cooperar con su diagnóstico y tratamiento. Al mismo tiempo, la relación debe contar con participación mutua, por ejemplo, al establecer comunicación clara en cuanto a la causa y evolución de la enfermedad. Estos conceptos (González Menéndez, 2004) coinciden plenamente con nuestros resultados en cuanto a las explicaciones claras por parte del terapeuta, el trabajo conjunto de ambas partes para el establecimiento de metas y objetivos y el muy buen nivel de comunicación entre ellos, respetando siempre los límites de acuerdo al contexto. Dentro de todo este marco de condiciones idóneas para la génesis de una relación sana y todo lo que ésta trae consigo, es sin duda, de alta importancia el hecho de que el terapeuta sienta esa curiosidad sana por entender mejor lo que le ocurre a su paciente. Si se da esta situación, deberá entonces documentarse y prepararse para tomar las decisiones más adecuadas en cuanto al programa terapéutico y darle así al paciente un servicio de calidad. De lo anterior dan cuenta nuestros resultados a través de la opinión expresada en cuanto al profesionalismo, nivel de preparación e interés en la problemática por parte del terapeuta.

Como componente de un servicio de alta calidad está el compromiso con los pacientes y este engloba el respeto a sus derechos y a su tiempo; de aquí que la puntualidad del terapeuta juegue un papel muy importante como señal de respeto hacia el paciente. Es

comprensible que en ocasiones, sobre todo a nivel institucional, hay situaciones ajenas al terapeuta que pueden generar cambios en la agenda. La comunicación oportuna de estas situaciones generará en el paciente una sensación de que se le toma en cuenta y se le respeta. La seria consideración de todos estos factores tiene un objetivo bien focalizado: favorecer y proteger el bienestar del paciente. Una marca distintiva de un terapeuta es el sistema de valores que lo rige, factor determinante de su comportamiento ético en las relaciones terapéuticas. Este rubro se apoya firmemente en la evaluación que recibieron los terapeutas al otorgar siempre un trato digno y respetuoso a todos los pacientes.

Es claro que los resultados generales en la evaluación del terapeuta coinciden plenamente con lo planteado por Beck, (2005), en donde habla de áreas específicas que un buen terapeuta nunca debe pasar por alto, de las cuales hablamos en el capítulo dos. En este momento, es pertinente resaltar la posible situación donde el paciente coloca al terapeuta en un status casi de perfección, por lo que este representa para ese paciente en particular. A fin de cuentas, ya sea por empatía o por ese efecto casi mágico que pudiera tener un terapeuta sobre su paciente, lo importante es que este se sienta mejor. Aquí, el terapeuta deberá ser muy cauteloso y trabajar correctamente en el momento indicado para evitar una recaída, ya que la mejoría del paciente puede ser temporal si el programa terapéutico no está bien cimentado.

En el caso que nos compete, es altamente relevante no perder de vista que los pacientes han concluido su tratamiento en diferentes momentos dentro de un período de un año, por lo tanto, la opinión sobre el terapeuta no goza del efecto inmediato que puede tener en un usuario en tratamiento. Partiendo de este hecho, resulta válido considerar que el efecto del terapeuta y del programa en sí, al paso del tiempo resulta de alguna manera más significativo, ya que los resultados permanecen y se solidifican; evitando así una posible recaída.

Ahora bien, llegamos al punto que sugiere una aleación del programa terapéutico en sí mismo con el impacto en la vida del paciente; áreas que, de manera conjunta, dan

cuenta clara del objetivo de esta tesis: la validación social de la intervención cognitivo – conductual dirigida a pacientes con afectaciones en la salud.

El tratamiento de carácter cognitivo- conductual adquiere un campo de aplicación más variado al conjuntarse con la enfermedad física. El principal objetivo del programa terapéutico en estos casos es modificar las conductas que inciden de manera negativa, o que representarían un factor de riesgo para la salud de los pacientes. Dicho objetivo se trata de alcanzar por medio de la aplicación de técnicas conductuales. Los beneficios obtenidos se reflejan en el ámbito físico y en el emocional. Las cifras arrojadas en este trabajo reflejan un nivel de cambios de índole conductual por arriba de la media; estos, sin duda, han repercutido positivamente en los hábitos de los pacientes. En consecuencia, los resultados coinciden con lo planteado por Schwartz (1978) y Taylor (1982) en relación con la conceptualización de la medicina conductual en lo que respecta a los cambios observados en el estilo de vida y en el entrenamiento. Estas áreas son las de mayor repercusión en la salud.

En los resultados observamos cambios en estilos de vida, tales como: mejoramiento en la calidad de la nutrición y del sueño, así como aumento en la actividad física. En cuanto al entrenamiento contamos con entrenamiento en estilos de afrontamiento, relajación, monitoreo y manejo del estrés, administración del tiempo, manejo del dolor, solución de problemas, habilidades de comunicación y establecimiento de prioridades como parte medular de la terapia cognitivo – conductual. Tales aspectos se reflejan igualmente en las cifras arrojadas. El uso adecuado de estas herramientas se puede generalizar de tal forma que de hecho puede incidir en el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico.

La medicina conductual se sustenta en la suposición básica de que los cambios a nivel conductual y en el estilo de vida ayudan enormemente a mejorar la salud, prevenir la enfermedad y/o reducir sus síntomas.

Cuando un paciente presenta cambios a nivel conductual que traen consigo una serie de beneficios, la persona empieza a sentirse mejor, tanto física como emocionalmente,

Dicho bienestar redonda en el incremento de habilidades dirigidas al cuidado personal y al aprender a vivir con una enfermedad crónica.

Desafortunadamente, hay ocasiones en que, aún con todos los factores a favor del terapeuta para la creación del contexto ideal, no se alcanza un nivel sólido de alianza terapéutica. Esto sucede cuando el paciente resulta incómodo para el terapeuta y lo hace sentir desconcertado. El profesional deberá estar preparado para enfrentarse a los diferentes estilos de pacientes. La muestra de esto se hace presente a través del primer segmento del cuestionario, en dónde evaluamos el área de atención donde el paciente se sintió más “cómodo”; paralelamente con el segmento de las preguntas abiertas donde se manifestaron los altos niveles de adherencia al tratamiento psicológico y las múltiples áreas más impactadas por éste; mostrando niveles altos en las tres áreas. Tales resultados hablan de terapeutas preparados en el enfrentamiento y manejo de posibles contingencias como lo es el caso de un tipo específico de paciente. El profesional con una formación sólida se sentirá seguro de su desempeño, logrando así una relación asertiva.

Retomando la visión expansiva de la validación social, recordemos que esta deberá atender a cuatro categorías generales:

- Consideraciones de eficacia; las cuales se manifiestan a través de evidencia empírica, en este caso, atendiendo al impacto que los pacientes perciben en los cambios en su vida cotidiana. Nuestros usuarios reconocen los cambios derivados del impacto en las diferentes áreas de su vida.
- Efectos laterales. Estos son aquellos que no conformaban el objetivo principal de la intervención, sin embargo, surgieron a raíz de otros cambios. Los efectos laterales más deseables son los adaptativos, ya que los hay del tipo contrario. Cualquiera de los dos tipos impacta en la consideración del nivel de eficacia de un programa terapéutico. Es muy común que nos encontremos con pacientes que presentan un motivo de consulta y un objetivo general ligado a este; sin embargo, durante el transcurso del programa, las razones para recibir atención

pueden irse modificando según se vaya dando cierto nivel de introspección y objetividad en el paciente. Es aquí donde surgen los efectos laterales que, sin duda, estuvieron presentes en más de uno de los casos presentados.

- Implicaciones legales/sociales. Estas abarcan la aceptación social del tratamiento en relación con su nivel de intrusividad y factores regulatorios. Ninguno de los pacientes que conformaron la aplicación del instrumento expresaron inconvenientes en éste rubro. De hecho, todos los terapeutas que los atendieron están entrenados para trabajar bajo el marco de un consentimiento informado.
- Consideraciones prácticas. Éstas se refieren al nivel de competencia y de cooperación que percibieron los pacientes en el terapeuta y a la eficacia del tratamiento. Los pacientes tienden a aceptar mejor un tratamiento cuando percibieron al personal como competente y cooperativo. Cabe aclarar que la eficacia del tratamiento tiene que ver con la rapidez con que se producen los resultados. Aquí se considera relevante comentar que de acuerdo con Kennedy (2002), el mantenimiento de una conducta es el principal indicador de validación social. En el trabajo en cuestión, se trabajó con pacientes que fueron dados de alta en diferentes momentos a partir de Junio del 2011 y hasta Junio del 2012. Sin embargo, la aplicación del instrumento fue posterior a esa fecha, cuestión que indica claramente la permanencia y generalización de la conducta deseada.

La suma de todo este flujo de ideas, conceptos y aplicaciones, nos lleva a concluir que a pesar de poseer altas competencias a nivel teórico, técnico y metodológico; el aspecto meramente psicológico siempre tendrá un peso casi indescriptible en la efectividad de la intervención. No es una cuestión práctica donde simplemente se añaden ingredientes, como en una receta de cocina (amén de la comparación); es ese “toque personal, pero profesional” del terapeuta el que dará el “sazón” para el disfrute del consumidor.

No nos queda más que sugerir la consideración de la validación social en cada paso de la intervención, desde el momento del primer contacto del paciente, hasta que termina su programa terapéutico. Recordemos que para que se gesten altos niveles de validación social se debe tener siempre en mente, que lo único por lo que debemos velar es por el bienestar del paciente. Pero, mucho cuidado, ya que en aras de conseguirlo, muchos terapeutas incurren en fallas que demeritan el valor de nuestra profesión.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abraham, P. (2008). Epistemic Trust, Epistemic Responsibility, and Medical Practice. *Journal of Medicine and Philosophy* ( 33): 302-320.
- Agras, S y Jacob, R.: Hypertension, En Pomerleau, O. F. y Brady, J. P. (eds.): (1979). *Behavioral Medicine: Theory and Practice. Baltimore, U.S.A.: Williams and Wilkins Co.*
- Agras, W. S.(1982). Behavioral Medicine in the 1980s: Nonrandom connections. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50 (6), 797-803.
- Alcaraz, R. V. (1977). Extensiones de las técnicas de condicionamiento a las perturbaciones psicosomáticas y a la medicina. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, (3), 83-96.
- Alcaraz, R. V., Castro-Velázquez, I., De la Cruz, S., & Del Valle, G. (1981). Conditioning and recovery of functions lost by brain damage. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*,( 5), 371-383.
- Anaya, R., Carvajal, N., Charles, G., Hurtado, M., Mayor, H., Rojas, M., & Sánchez, L. (2002). Diabetes mellitus y peso corporal como factores de riesgo para desarrollar cáncer de endometrio: Un estudio de casos y controles. *Archivos en Medicina Familiar*, 4 (4), 121-126.
- Ayala Ledesma, Alberto Marcos. (2010). Tesis de licenciatura: *Una Mirada crítica al interior y funcionamiento de una unidad de consulta externa de salud mental.* UNAM, México.
- Bakhtin, Mikael. (1984). *Problemas de la poética de Dostoievsky.* México: Fondo de Cultura Latinoamericana.
- Bertrando, Paolo. (2009) Ver la Familia. Visiones teóricas, trabajo clínico. *Psicoperspectivas*, VIII (1) 45 – 69.

- Bennett, A. E. (1976). *Communications between doctors and patients*. London: Oxford University Press for the Niffield Provincial Hospitals Trust.
- Beck, Judith S. Foreword by: Aaron T. Beck. (2005). *Cognitive Theory for Challenging Problems: What To Do When The Basics Don't Work*. New York: Guilford Press.
- Blanchard, E. B. (1982). Behavioral Medicine: Past, present and future. *Journal of consulting and clinical psychology*, (50), 795-796.
- Byrne P S & Long B E L.(1976). *Doctors talking to Patients*: London: HMSO.
- Carrera JM. (2006). *Evolución de la relación médico paciente*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Carter, Stacy L. (2010). *The Social Validity Manual*. Reino Unido, Estados Unidos: Academic press, Elsevier.
- Carter, Stacy L. (2007), *Revisión reciente de la investigación en aceptación de tratamiento, Educación y Entrenamiento en discapacidades en desarrollo*, 42, 301-316, Re- impresión autorizada.
- Domínguez, T. B. (1995). Investigación Psicológica y Manejo No-Invasivo del Dolor Crónico. *Psicología Contemporánea*, 2 (1), 64-75.
- Dominguez, T. B. (1999). Therapeutic Potential of Emotional Disclosure for Chronic Pain Relief. A Mexican Experience. En Abstracts 9th World Congress of Pain, August, 22-27, Vienna, Austria.
- Domínguez, T. B. (2000). Autorregulación del dolor crónico. En L. Oblitas y C. Becoña (Comps.) *Psicología y Salud* , p. 179-197.
- Domínguez, T. B. (2000). Psicoimmunología: Procesos Psicológicos, Inmunosupresión y Efectos en la Salud. *Psicología y Salud*, 10 (2), 31-45.
- Domínguez, T. B. (2000). Retroalimentación Biológica Sustentable y Nacional, ¿Por Qué? ¿Para Quién? *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 5 (2), 359-371.

- Domínguez, T. B. (2001). Psiconeuroinmunología. Procesos Psicológicos, Inmunosupresión y Efectos en la Salud. *Ciencia y Desarrollo*, 27 (159).
- Eiser, J. Richard. (1982, 1986). *Social Psychology and Behavioral Medicine*. U.K: Cambridge University Press.
- Gallegos, X., & Torres-Torrija, J. (1983). Biorretroalimentación de la respuesta galvánica de la piel y entrenamiento en relajación: un estudio piloto. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 15, 259-275.
- Gallegos, X., Medina, R., Espinoza, E., & Bustamante, A. (1987). *Retroalimentación biológica en la rehabilitación de parálisis facial bilateral: reporte de un caso*. Trabajo presentado en el XXI congreso Interamericano de Psicología. Habana, Cuba.
- González Menéndez, R. (2004). *La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad*. La Habana: Editorial Científico Técnico.
- Hadlow J, Pitts M. (1991). The understanding of common terms by doctors, nurses and patients. *Social Science & Medicine*, (2): 18-30.
- Hall, J; Roter, D; Katz, N. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in Medical Encounters. *Medical Care* (26:7) 657-675.
- Hermann, F., Hersheimer, A. y Lionci. N. D. W. (1978). Package inserts for prescribed medicines: What minimum information do patients need? *British Medical Journal*., 2": 1132.
- Hernández-Pozo, M. R. (1998). Empleo de pruebas de ejecución computarizadas para la evaluación de estilos conductuales, conducta inteligente y factores de riesgo para problemas de salud. En V. Alcaraz y A. Bouzas (Eds.) *Las aportaciones mexicanas a la Psicología: La perspectiva de la investigación*. México: UNAM
- Hernández-Pozo, M. R., Harzem, P., & Rossi M. (1990). Ejecución de adultos bajo el paradigma de autocontrol en un videojuego computarizado. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 16, (3), 71-85.

- Hernández-Pozo, M. R., Serrano, A., Méndez, J., Montes, E., & Rodríguez, G. (1992). *Computerized operant evaluation of tolerance to frustration in high performance Mexican athletes and marathon runners*. Proceedings of the International Conference on Computer Applications in Sport and Physical Education. Netanya: Wingate Institute.
- Hernández Sampieri. (2003). *Metodología de la Investigación*. (3ª ed.) México: Mc Graw Hill.
- Kazdin, A. E. (1980). Acceptability of alternative treatment for deviant child behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*. Summer; 13 (2): 259–273.
- Lama, A. (1998). La relación médico-paciente y las escuelas de medicina. *Revista Médica de Chile*, (126), 1405-6.
- López, E., Ortega, P., & Acuña, M. (1990). Efectos de dos diseños de oficina en la comunicación, en la percepción del ambiente de trabajo y en las respuestas emocionales de las personas. En Asociación Mexicana de Psicología (Ed.) *La Psicología Social en México*, p. 178-182.
- Martínez, S. H. (2006). Treinta años de la Revista Mexicana de Análisis de la Conducta: Un reto a la supervivencia. *Avances en Psicología Latinoamericana*, (24), 105-125.
- Michaels, C. A., Brown, F., & Mirabella, N. (2005). Personal paradigm shifts in PBS experts. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 7(2), 93-108.
- Montrose M. Wolf (1978). Social validity: the case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis*, Summer; 11(2): 203–214.
- Moreno MA. (2001). *El arte y la ciencia del diagnóstico. Principios seculares y problemas actuales*. La Habana: Editorial Científico Técnico.
- Ong, L.M; de Haes, J.C; Hoos, A; Lammes, F. (1995). Doctor-Patient Communication: A Review of the Literature. *Social Science & Medicine*, (40:7) 903-918.

- Ortega, P., & Aguilar, J. (2003). Estrés ambiental: un modelo de salas de espera hospitalarias. *Revista Mexicana de Psicología*, 20 (2) 327-336.
- Ortega, P., & Urbina, J. (1984). Estudio experimental de los efectos de hacinamiento sobre la ejecución de tareas y la percepción de las características ambientales de un escenario laboral. *Revista Mexicana de Psicología*, (2), 128-133.
- Ortega, P. (2004). Aportaciones de la Psicología Ambiental a la Medicina Conductual: el diseño ambiental de hospitales. En G. Rodríguez (Coord). *Medicina Conductual en México*, 399 – 414
- Ortega, P. (2005). *Estrés ambiental en instituciones de salud: valoración psicoambiental*. México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional de México.
- Orth-Gomer, K. (1984). *The significance of interaction in Behavioral Medicine. Homeostasis*,( 35), 6-15.
- Reig, A. (1981,1987). Medicina Comportamental. Desarrollo y líneas de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 7, (14), 99-160.
- Rodríguez, G., & Jaén, C. (2004). Tendencias actuales de la investigación en Medicina Conductual en México. En G. Rodríguez (Coord.), *Medicina Conductual en México* pp. 37-56.
- Rodríguez, G., & Rojas, M. (1998). *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Rodríguez, G., Pérez, C., Rojas, M., Reyes, I., & Méndez, I. (2004). Trasplante de órganos y tejidos: Creencias, intenciones y actitudes en la población mexicana. En: G. Rodríguez (Coord.). *Medicina Conductual en México*. México: Cámara de Diputados LIX Legislatura, Sociedad Mexicana de Medicina Conductual, Miguel Ángel Porrúa Editor.
- Rodríguez Ortega Graciela. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual* (Vol. 1 Num. 1 8-2010) p. 5-12.

- Rojas Russell, M. (2002). Análisis del programa de Psicología de la Salud. En: M. García Méndez y M. R. Cuevas Martínez (Comps.) *Autoevaluación de la Carrera de Psicología*, p. 177-192.
- Roter, Debra. (2000). The enduring and evolving nature of patient-physician relationship. *Patient Education and Counseling* 39: 5-15.
- Roter, Debra. (1999). The Medical Visit Context of Treatment Decision-Making and the Therapeutic Relationship. *Health Expectations* 3: 17-25.
- Roter, O. L. (1977). Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question-asking on the quality of interaction satisfaction and compliance. *Health Education Monographs*, (5), 281.
- Schwartz, G. E. (1978). Yale Conference on behavioral Medicine: a proposed definition and statement goals. *Journal of Behavioral Medicine*, (1), 3-12.
- Schwartz IS, Baer DM. (1991) .Social validity assessments: is current practice state of the art? *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1991 Summer 24(2), 189-204.
- Schofield, W. (1969). The role of psychology in the delivery of health services. *American Psychologist*, 24 (6), 565-584.
- Spicker, Stuart. (1987). An introduction to the medical epistemology of Georgers Canguilhem: Moving beyond Michel Foucault. *Journal of Medicine and Philosophy*, (12) 397- 411.
- Taylor, C. B. (1982). Adult Medical Disorders. En Sellack, A, S., Hersen, M. y Kazdin, A. E., *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*. New York: Plenum Press.
- Tejada, José Luis. (2004). La Intervención Médica: Una propuesta sistémica. *Revista MAD* (10) 1-8.

Tierney, Thomas. (2004). Foucault on the case: The pastoral and juridical Foundation of medical power. *Journal of Medical Humanities*, (25:4) 271-290.

Uttal, William. (2001). *The New Phrenology: The Limits of Localizing Cognitive Processes in the Brain*. Cambridge, MA: MIT Press.

White, Craig A. (2001). *Cognitive behavior therapy for chronic medical problems: A guide to assessment and treatment in practice*. The Wiley series in clinical psychology. New York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd. xviii 300 pp.

## ANEXOS

## Anexo 1

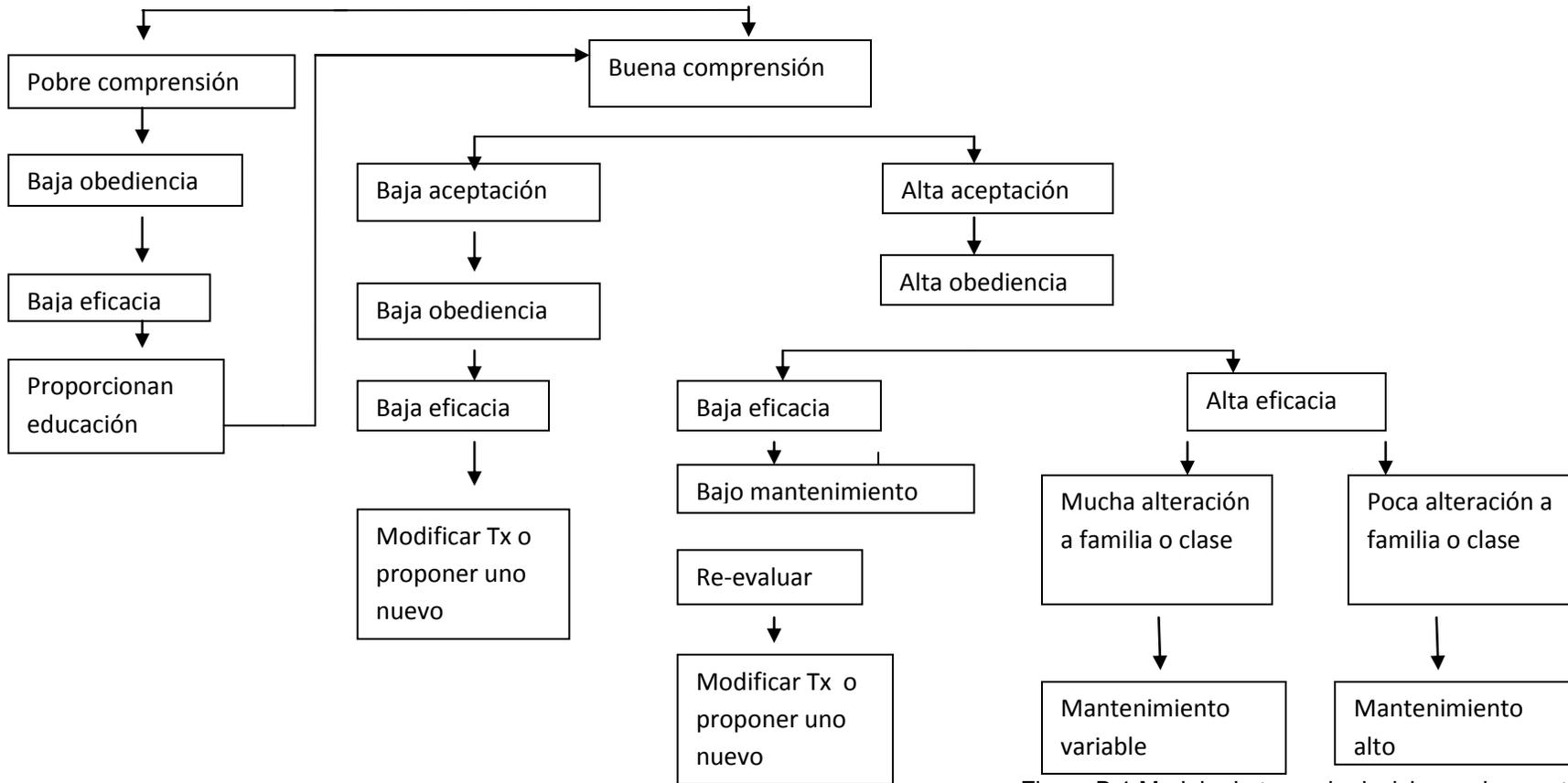


Figura B.1 Modelo de toma de decisiones de aceptación

del tratamiento. Reimers et al. Reimers, T.M. Wacker, D. P. & Koepple, G. (1987). Aceptación de tratamientos conductuales: Una revisión a la literatura. *Revisión de psicología escolar* 16, 212-227 por la Asociación Nacional de Psicólogos Escolares, Bethesda, MD. Re-impreso con autorización del que publica [www.nasponline.org](http://www.nasponline.org)

## Anexo 2

<b>Sección Uno: Preferencias/Valores del consumidor</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Comentarios</b>
¿La meta del tratamiento empata con las preferencias personales del consumidor?			
¿La meta del tratamiento empata con los valores del consumidor ?			
¿Se siente cómodo el consumidor con los resultados potenciales relacionados con las metas del tratamiento?			
¿Hay metas de tratamiento adicionales que deban ser contempladas?			
¿Es esta meta de tratamiento la necesidad más importante del consumidor?			
¿Es esta meta de tratamiento realmente asequible?			
¿Las metas del tratamiento involucran a las actividades preferidas del consumidor?			
¿Las metas del tratamiento involucran lugares y/o ambientes preferidos por el consumidor?			
¿Las metas del tratamiento involucran a otras personas valoradas por el consumidor?			

¿Las metas del tratamiento sirven de apoyo a otras metas del consumidor?			
¿Las metas del tratamiento sirven de apoyo a las metas a largo plazo del consumidor?			
<b>Sección Dos: Normalización</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Comentarios</b>
¿Las metas del tratamiento se enfocan a actividades / conductas apropiadas a la edad?			
¿Las metas del tratamiento se enfocan a múltiples áreas de la vida como: hogar, escuela, trabajo, familia, amigos, etc.?			
¿Las metas del tratamiento promueven habilidades frecuentemente mostradas por iguales en ambientes típicos ?			
¿Las metas del tratamiento promueven la necesidad de habilidades existentes para la normalización?			
¿Las metas del tratamiento se dirigen a los requisitos / expectativas para la participación en situaciones múltiples ?			

<b>Sección Tres: Elección</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Comentarios</b>
¿Las metas del tratamiento promueven oportunidades de elección?			
¿Las metas del tratamiento potencialmente generarán altos índices de reforzamiento?			
¿Las metas del tratamiento potencialmente generarán reforzamiento de alta calidad ?			
¿Las metas del tratamiento darán lugar a reforzamiento inmediato ?			
¿Las metas del tratamiento reducen el esfuerzo de respuesta asociado con la adquisición de reforzamiento?			
<b>Sección Cuatro : Potencial Habilidadador</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Comentarios</b>
¿Las metas del tratamiento proveen oportunidades para desarrollar nuevas habilidades?			
¿Las metas del tratamiento fomentan nuevas habilidades sociales?			
¿Las metas del tratamiento promueven nuevas habilidades de educativas / de trabajo?			

¿Las metas del tratamiento promueven nuevas habilidades recreativas?			
¿Las metas del tratamiento fomentan habilidades necesarias para acceder a nuevos ambientes?			
¿Las metas del tratamiento se enfocan a la promoción de competencias a corto plazo?			
¿Las metas del tratamiento se enfocan a promover competencias a largo plazo a través de la generalización y el mantenimiento?			
<b>Sección Cinco : Conciencia de coerción</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Comentarios</b>
¿Las metas del tratamiento denotan de manera clara que éstas se pueden cambiar?			
¿Las metas del tratamiento promueven las habilidades necesarias para negarse al tratamiento?			
¿Las metas del tratamiento incorporan estrategias / técnicas desarrolladas por el consumidor?			
¿Las metas del tratamiento permiten que los consumidores negocien aspectos de éste ?			

¿Las metas del tratamiento permiten a los  
consumidores buscar un arreglo en cuanto  
al mismo ?

Tabla B.1 Lista de verificación para explorar el significado social de las metas de tratamiento

<b><i>Factores a considerar al evaluar el potencial de realidad de una meta de tratamiento</i></b>
Historia de reforzamiento
Éxito de tratamientos previos
Nivel de capacitación del mediador del tratamiento
Cantidad de tiempo disponible del personal/consultor
Nivel de funcionalidad del consumidor
Número de habilidades de apoyo/adaptativas en el repertorio del consumidor
Número de pasos necesarios para alcanzar la meta
Cantidad de apoyo a nivel supervisión

Tabla B. 2 Factores que determinan el potencial de realización de una meta de tratamiento

## Anexo 4

*Califique su acuerdo/desacuerdo con cada una de las preguntas para la siguiente meta de tratamiento.*

1= Total desacuerdo    2= Desacuerdo    3= Leve desacuerdo    4= Leve acuerdo  
5= De acuerdo            6= Total acuerdo

Meta de Tratamiento: _____						
1.- Esta es la mejor meta de tratamiento que se pudo elegir	1	2	3	4	5	6
2.- Esta meta de tratamiento se enfoca en las cuestiones más importantes	1	2	3	4	5	6
3.- Esta meta de tratamiento aumenta las oportunidades de comprometerse en actividades que pueden parecer limitadas actualmente	1	2	3	4	5	6
4.- Esta es una meta de tratamiento razonable y asequible	1	2	3	4	5	6
5.- Esta meta de tratamiento no tendría efectos secundarios	1	2	3	4	5	6
6.- Esta meta de tratamiento aumentará las oportunidades de reforzamiento	1	2	3	4	5	6

7.- Esta meta de tratamiento fomentará						
otras habilidades necesarias	1	2	3	4	5	6
8.- Esta meta de tratamiento es más necesaria que la mayoría de las demás						
metas	1	2	3	4	5	6

Tabla B.3 Priorización de las metas de tratamiento

<b>VARIABLES CLAVE</b>		
<b>Variables de mercadotecnia</b>	<b>=</b>	<b>Variables de validación social</b>
Producto (programa, intervención o sistema)	=	Componentes del tratamiento
Precio (costos sociales y psicológicos)	=	Efectos laterales
Lugar (donde el producto está disponible)	=	Intrusividad (eliminación de la situación menos restrictiva; tiempo y esfuerzo)
Promoción (diseminación)	=	Prácticas de consulta (conocimiento proporcionado a los consumidores, lenguaje usado para describir el tratamiento).
Posicionamiento (lugar específico del producto , diferente a productos similares ).	=	Basado en el reforzamiento y castigo

Tabla C.1 Equivalencias de variables clave en un modelo epidemiológico, Winett et al. (1991).

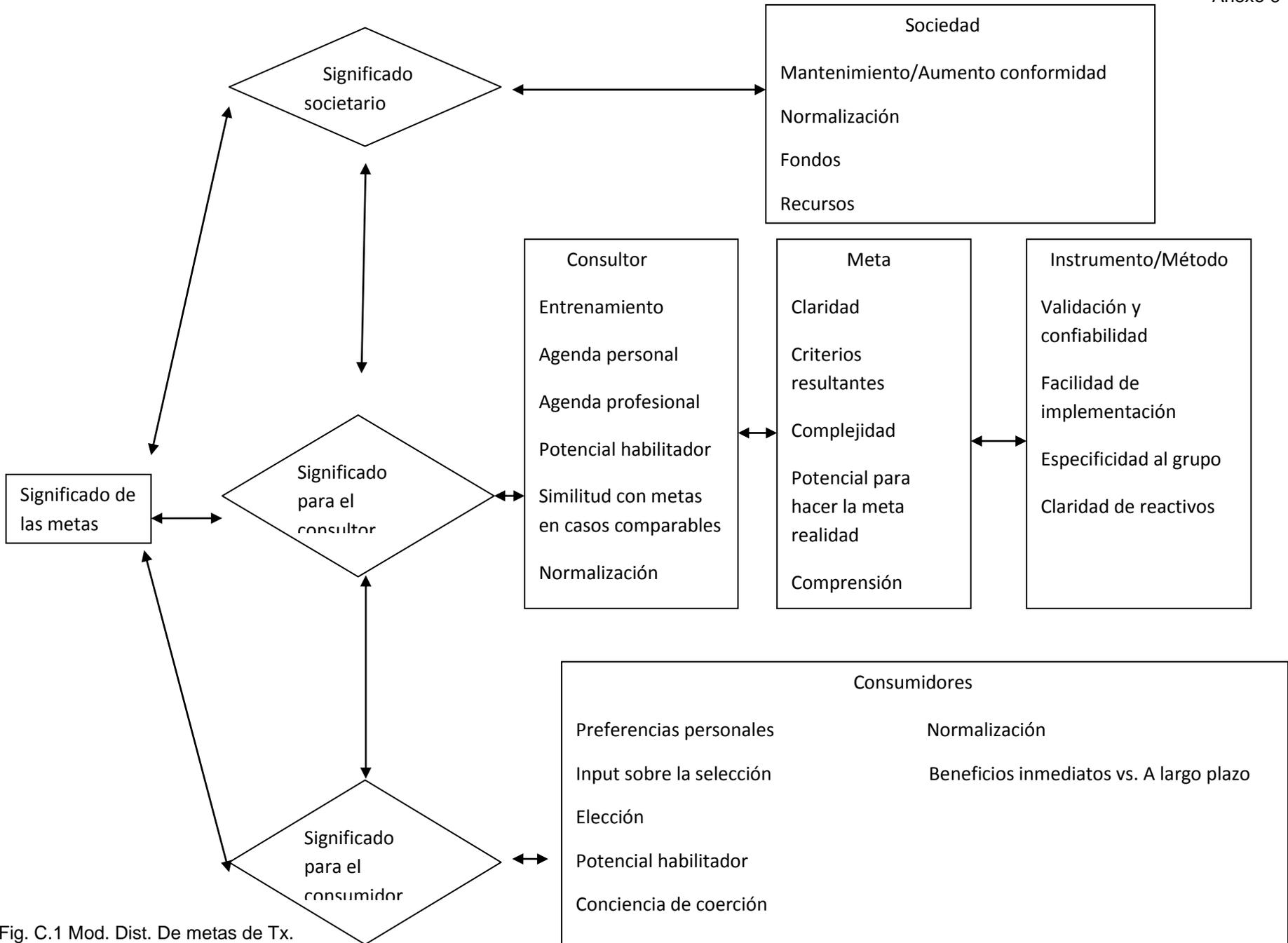


Fig. C.1 Mod. Dist. De metas de Tx.

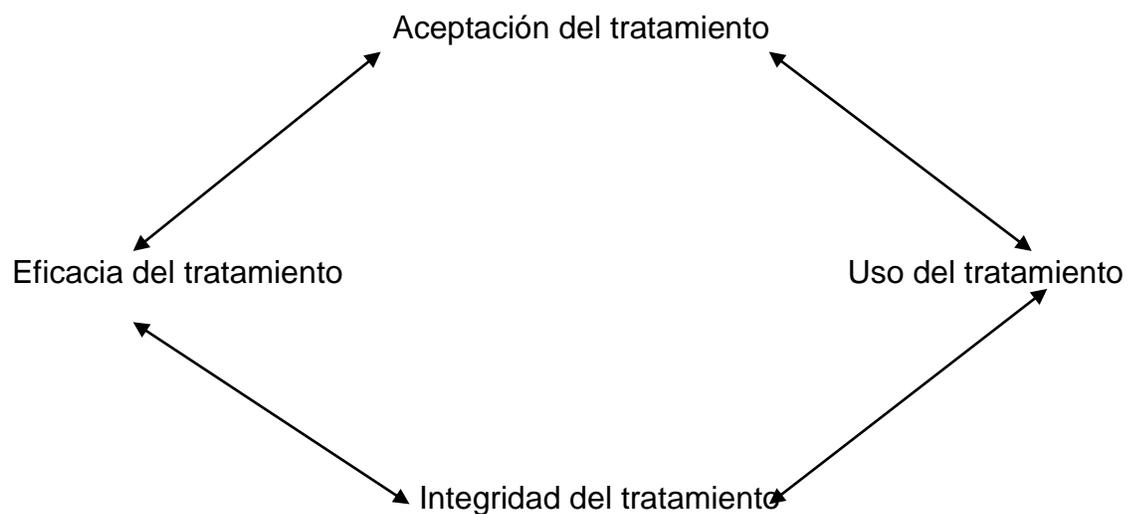


Figura C.2 “Modelo operante” de validación social de Witt y Elliot

De Witt, J:C:, & Elliot, S. N. (1985) Aceptación de estrategias de intervención en el salón de clases. En T. Kratochwill (Ed.), *Avances en Psicología Escolar* (Vol. 4, p.p. 251-288. Hillsdale, NJ: Erlbaum. Reimpreso con autorización.

Nombre	Tipo	Validez	Confiabilidad	Detalles
TEI (Kazdin, 1980)	15 reactivos  Escala Likert de 7 puntos;  Puntos de anclaje descriptivos variables según la pregunta	Cargas de 0.61 a 0.95 en factor unitario, marcando una varianza de 51.4%	Consistencia interna de 0.35 a 0.96	Se considera el primero y uno de los más usados.
TARF (Reimers & Wacker, 1988)	15 reactivos  Escala Likert de 7 puntos;  Puntos de anclaje descriptivos variables.		Consistencia interna de 0.80 a 0.91	Proviene del TEI para usarse con padres; incorporó factores de efectividad y costo del tratamiento
TEI-SF (Kelley et al., 1989)	9 reactivos  Escala Likert de 5 puntos;  Puntos de anclaje fijos		Consistencia interna de 0.85	Versión revisada del TEI; requiere menos tiempo para ser completado.

<b>TARF-R</b> (Reimers, Wacker, & Cooper, 1991)	20 reactivos  Escala Likert de 7 puntos;  Puntos de anclaje descriptivos variables según la pregunta		Consistencia interna de 0.92	Versión revisada del TARF; incluye reactivos dirigidos a la severidad del problema y comprensión del tratamiento
<b>IRP (Witt &amp; Elliot, 1985)</b>	20 reactivos  Escala Likert de 6 puntos	Un factor primario (41% de la varianza) y cuatro factores secundarios	Consistencia interna de 0.89	Diseñado para evaluar tratamientos educativos.
<b>IRP-15</b> (Marterns et al.,1985)	15 reactivos  Escala Likert de 6 puntos	El análisis de componente principal resultó en un factor unitario	Consistencia interna de 0.98	Modificó el IRP para aumentar la consistencia interna
<b>CIRP (Witt &amp; Elliot, 1985)</b>	7 preguntas evaluadas  Escala Likert de 7 puntos.	El análisis de componente principal resultó en un factor unitario	Consistencia interna de 0.75 a 0.89	Modificó el IRP infantil; reactivos escritos para un nivel de lectura de quinto grado
<b>BIRS ( Von Brock &amp; Elliot, 1987)</b>	24 reactivos  Escala Likert de 6 puntos		Consistencia interna de 0.97	Versión modificada del IRP-15

AARP (Tarnowski & Simonian, 1992)	8 reactivos  Escala Likert de 6 puntos	Factor unitario responsable del 84.9% de la varianza con cargas a reactivos de 0.89 a 0.96	Consistencia interna de 0.98	Modificó el IRP-15 para reducir el tiempo para completarlo y facilitar su lectura.
--------------------------------------	--	--	------------------------------	--

Tabla D.1 Características de los Instrumentos de Aceptación del Tratamiento

De Carter, S. L. (2007), *Revisión reciente de la investigación en aceptación de tratamiento, Educación y Entrenamiento en discapacidades en desarrollo*, 42, 301-316, Re- impresión autorizada.

**\*Significado de las siglas en inglés:**

**TEI= Treatment Evaluation Inventory (Inventario de Evaluación al Tratamiento)**

**TARF= Treatment Acceptability Rating (Formato de Clasificación de Aceptación al Tratamiento)**

**TEI-SF = Treatment Evaluation Inventory-Short Form (Inventario de Evaluación de Tratamiento- Formato abreviado)**

**TARF-R = Treatment Acceptability Rating Form Revised (Formato de Clasificación de Aceptación al Tratamiento-Revisado)**

**IRP = Intervention Rating Profile (Perfil de Clasificación de Intervención)**

**IRP-15 = Intervention Rating Profile-15 (Perfil de Clasificación de Intervención-15)**

**CIRP = Children´s Intervention Rating Profile (Perfil de Clasificación de Intervención Infantil).**

**BIRS = Behavior Intervention Rating Scale (Escala de Clasificación de Intervención Conductual).**

**AARP= Abbreviated Acceptability Rating Profile (Perfil de Clasificación de Aceptación Abreviado).**

## Anexo 9

Métodos generales para evaluar la validación social
• Comentarios del consumidor
• Pláticas informales
• Entrevistas
• Hojas de inventario
• Cuestionarios
• Encuestas
• Escalas de calificación
• Formatos de reactivos combinados
• Instrumentos formales
• Comparación (criterios de desempeño, normativo, iguales, auto, etc)
• Observaciones
• Eficacia del tratamiento
• Generalización del tratamiento
• Mantenimiento del tratamiento

Tabla D. 2 Algunos métodos generales para evaluar la validación social.

Nombre del consultado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del consultor \_\_\_\_\_ Institución/facultad: \_\_\_\_\_

### A. Significado social de las metas

- 1.- ¿Qué conductas lo llevan a solicitar consulta?
- 2.- ¿Cuáles conductas son las más problemáticas para \_\_\_\_\_ en su salón de clases?
- 3.- Describa cómo estas conductas causan problemas en el salón de clases.
- 4.- Si estas conductas problemáticas disminuyeran o se eliminaran, ¿cómo afectaría esto a \_\_\_\_\_ (nombre del cliente)?, ¿otros alumnos en su salón?
- 5.- ¿Considera usted estas conductas como un déficit de habilidades?, ¿déficit de desempeño?, ¿en qué se basa?
- 6.- Defina cada comportamiento lo más específicamente posible.
- 7.- ¿Cómo afectan estas conductas a otros estudiantes en su clase?, ¿a los estudiantes de otro grupo?
- 8.- ¿Cómo afectan estas conductas al resto del personal de la escuela (ej: al director, otro maestro(a), administrativos, etc.)?
- 9.- ¿Cuál(es) comportamiento(s) cree usted que serían los más benéficos para que \_\_\_\_\_ cambiara?, ¿cómo?, ¿por qué?, ¿qué comportamiento(s) ofrecerían a \_\_\_\_\_ más beneficios a largo plazo?, ¿por qué?

## B. Aceptación social de los procedimientos

- 10.-¿Cuál es su opinión acerca de los procedimientos de los que hablamos para cambiar las conductas de\_\_\_\_\_?
- 11.- ¿Cuáles son los aspectos de la intervención que más le gustan?, ¿por qué?, ¿cuáles le gustan menos?, ¿por qué?
- 12.- ¿Cuáles aspectos de ésta intervención serían los más difíciles de implementar?, ¿por qué?, ¿cuáles serían los menos difíciles de implementar?, ¿por qué?
- 13.- Aquí hay algunas maneras en las que podríamos cambiar la intervención. ¿Estos cambios la hacen más aceptable y más fácil de implementar?, ¿por qué?, ¿qué recomendaría usted cambiar en un futuro?
- 14.- ¿Qué efectos negativos potenciales (si los hay) podría tener esta intervención en \_\_\_\_\_?, ¿en otro(s) alumno(s) de su grupo?
- 15.- ¿Cree usted que esta intervención tiene posibilidades de ayudar a \_\_\_\_\_ a solucionar su problema?, ¿por qué?, ¿por qué no?, ¿de qué manera(s) podríamos determinar si la intervención ha solucionado o no los problemas de \_\_\_\_\_?

## C. Importancia social de los efectos

- 16.- Describa qué tan bien cree usted que funcionó la intervención?
- 17.- ¿Qué cambios observa en la conducta?, estos cambios, ¿marcaron alguna diferencia en el comportamiento de\_\_\_\_\_ en el salón de clases?, ¿en otros lugares de la escuela ( e j: otras aulas, cafetería área de juegos, etc. )?
- 18.- ¿Es el comportamiento de \_\_\_\_\_ ahora similar al de un alumno promedio de su grupo?, de no ser así, ¿cree usted que el uso continuo de la intervención ayudaría a

alcanzar esta meta? ¿por qué? o ¿por qué no?, ¿en cuánto tiempo cree que podríamos alcanzar la meta de continuar con la intervención?

19.- ¿Está usted satisfecho con los resultados de esta intervención?, ¿qué tan satisfecho está?, ¿por qué?

20.- ¿Cree usted que esta intervención funcionaría con problemas similares en el futuro?, ¿por qué?, ¿por qué no?

21.- ¿Recomendaría usted esta intervención a otro(a) maestro (a)?, ¿por qué?, ¿por qué no?, ¿qué aspectos de esta intervención cambiaría antes de recomendarla a otros (as) maestros (as)?

Figura D.1 Entrevista semi-estructurada para validación social

1.- Aumentar la disponibilidad de instrumentos y de otras mediciones.
2.- Aumentar la conciencia de instrumentos en el consultor.
3.- Aumentar la competencia en la administración y calificación de los instrumentos.
4.- Aumentar el conocimiento de los usos potenciales de la información sobre aceptación.
5.- Re-enfatizar la importancia de la validación social.

Tabla D. 3 Formas de incrementar el uso de instrumentos de aceptación del tratamiento

## ANEXO 12

Nos permitirnos distraer su atención por unos momentos y pedimos su amable colaboración para realizar una breve encuesta como parte del servicio que brindamos a nuestros usuarios. Puede usted estar seguro(a) que la información que amablemente nos proporcione, quedará resguardada bajo la más estricta confidencialidad dado que solo se usará para los fines estipulados, es decir, para atender aquellas áreas que necesiten mejorar en beneficio de la comunidad que recurre a nosotros.

**NOTA:** Recuerde que una vez respondidas todas las preguntas, deberá guardar el cuestionario en un archivo separado, para poder re-enviarlo por correo electrónico.

De antemano agradecemos su valiosa colaboración.

GRACIAS

**INSTRUCCIONES**

Favor de leer cuidadosamente las instrucciones para responder cada una de las secciones del cuestionario. Ante cualquier duda, puede usted consultar al aplicador.

**Instrucciones:** Favor de ordenar con números del 1 al 4, el área de la atención en la que usted se sintió más cómodo(a); siendo 1 la calificación más favorable y 4 la menos favorable

#1

\_\_\_ Pre – consulta

\_\_\_ Historia clínica

\_\_\_ Aplicación de pruebas

\_\_\_ Sesiones con el terapeuta

<b>ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL ADMINISTRATIVO</b>					
<b>Instrucciones:</b> Marque con una "X" la mejor respuesta en base a la siguiente escala:	1	2	3	4	5
	Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal
#2 ¿Cómo califica la prontitud de la atención en su primer contacto en la clínica? (en persona o por teléfono)					
#3 ¿Cómo califica la amabilidad con que se le atendió en su primer contacto con la clínica?					
#4 ¿Cómo califica la claridad de la información que recibió en su primer contacto en la clínica?					
#5 ¿Cómo califica la atención administrativa en general?					

<b>ATENCIÓN BRINDADA POR EL (LA) TERAPEUTA DURANTE LAS SESIONES</b>					
<b>Instrucciones:</b> Marque con una "X" la mejor respuesta en base a la siguiente escala:	1	2	3	4	5
	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
#6 El terapeuta iniciaba y terminaba las sesiones a tiempo					
#7 El terapeuta fue amable durante las sesiones					
#8 Las explicaciones del terapeuta en cuanto al tratamiento que iba usted a					

recibir eran claras					
#9 Usted percibió al terapeuta como bien preparado					
#10 Se sintió cómodo(a) con el terapeuta durante las sesiones					
#11 <b>El terapeuta y usted</b> establecían las metas del tratamiento y/o los objetivos de las sesiones					
#12 El terapeuta le comunicaba cambios en horarios de las citas o cualquier aspecto relacionado con el tratamiento					
#13 El terapeuta mostró interés en su problemática					
#14 El terapeuta le dio un trato digno y respetuoso					
#15 El terapeuta se comportó de manera profesional					
#16 Las tareas que le asignaba el terapeuta eran fáciles de hacer					
#17 El terapeuta revisaba las tareas					

<b>IMPACTO DEL TRATAMIENTO</b>					
<b>Instrucciones:</b> Marque con una "X" la mejor respuesta en base a la siguiente escala:	1 Siempre	2 Casi siempre	3 A veces	4 Casi nunca	5 Nunca
#18 ¿Acude a sus citas médicas con frecuencia ?					
#19 ¿Toma usted sus medicamentos como se lo indicó el médico?					
#20 ¿Hace usted algún tipo de ejercicio físico?					
#21 ¿Pasa muchas horas sin alimento?					
#22 ¿Come alimentos no permitidos por su médico?					
#23 Al levantarse en la mañana, ¿siente usted que realmente descansó durante la noche?					
#24 ¿Le cuesta trabajo quedarse dormido(a)?					
#25 ¿Se despierta durante la noche?					

#26 En caso de sentir ansiedad o estrés, ¿práctica la relajación o la respiración para disminuir el nerviosismo?					
--	--	--	--	--	--

***Por último, favor de responder a las siguientes preguntas:***

27.- ¿Qué hace cuando siente algún malestar físico?

28.- Cuando se siente usted muy enojado (a), ¿qué hace para “sacar” ese enojo?

29.- Cuando viene a usted un pensamiento desagradable o negativo, ¿qué hace para evitarlo?

30.- En algún momento, ¿pensó usted abandonar el tratamiento?                      Sí                      No

¿Por qué?

31.- ¿En qué aspecto(s) de su vida cree usted que el tratamiento le trajo más beneficios?, ¿y en cuál(es) menos?