



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“HABILIDADES E INTERACCIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD  
ANTE UN USUARIO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS”**

**TESIS**

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

**PRESENTA:**

**JUAN ISMAEL MATIAS MESTAS**

**DIRECTORA DE TESIS: DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ**

**REVISOR: DRA. LYDIA BARRAGAN TORRES**

**SINODALES**

**DRA. MARIA ELENA ORTIZ SALINAS**

**DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**

**LIC. LIGIA COLMENARES VÁZQUEZ**



CIUDAD UNIVERSITARIA

MAYO 2014



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.

Zuu Káat...  
llaakwerha rhué nhá chhlis táakaka lláarhe,  
néeskserha zwukso kaat yaallgrha rhué,  
lee rhuén nháapo yeel nchhieen yaallgrha,  
nheen ch nbáarha zée too too lláa.

Bzooja yícheen kee xá xnhá, kaa rhaaken beenhaake nháada txhéen ká bywa lhao nhéesrhi, kee yooite yíiska bialljakré nheen ch bsdakrhé nhaada, yeel znhiá keeake, yeel nchhiee keeake, ká rhaaken wkreenake nhaada, lees kaa rhaaken brweeakree nhaada yeel wrhallen, lee leena rhoon nhaada too beene xheen, beene zaak, Trin kaa rhaaken nháakbee too beene waarhe lhaao yeelenbana lee bené yelenbankia nha yeel llaajrhierhě laakzé goot daa zeed keeto, koo rhwée Pip lee rhwéen nháako béene biwon llénela gaaka nhaa bséedrho nhaada nheen ch chaajliá waaksa ghoorha koon daa llénela. Rhéen nháakrhe yeel lláaweekia, rhéen nháakrhe yáajgwaan lrrhaawa, rhéen nháakrhe yeel waarhka nhéench lloorha báarhe yoyze da llneerha yeerh, yoo daa chhéenla, rhéen chhonle yeel lláawe nha yeel lláajlé kee rháallda´oan, gáatga soo bit goona yeel chhoollkeen keerhe, DEETGAALLA NLLIEERHRE RHÁALLDA´OAN RHÉE.

*(A mis padres, por recorrer este camino conmigo, por sus años de formación, de disciplina, de amor, por su apoyo, por la identidad, raíces, usos y costumbres que sin duda alguna me siento orgulloso de la sangre indígena que llevo en mis venas, Trin por ser una guerrera de la vida por darme la vida y el conocimiento a pesar de muchas adversidades, a ti Pip sin duda eres mi héroe y me has enseñado a creer que todo es posible. Son mi inspiración, mi ejemplo a seguir, mi motivación a cumplir mis sueños, deseos, metas, objetivos, llenan mi corazón de muchas alegrías y esperanzas, sin duda son mi razón de ser y jamás dejare de agradecerles. LOS AMO CON TODO MI CORAZON.)*

Koo rhwé Jesús nha Isaac ka rhaaken gook bzerhaairhe nhaada, biajrhherhe rhe... nhaada nha benlěe nhaada txheen nhoo yeel llawe, yeel wiin kiá, kaat lléeba nha kaat béerha gáan bi dadaokia, karaken bit bs´nlláallrhe lliow. Deetgalla llawerá kaa nhaaken rhéen nhaakrhe bii bíchâ. Lěe rhéen lloonle yel warhkiá nha lloonle nháada béene warhe, dáan lloorha gáan ná lláa lloonan kđerhe. Lée nllíerha rhée bícha!!!

*(A ti Jesús e Isaac por escucharme, comprenderme... a veces y compartir mis alegrías, mis tristezas, temores y mis éxitos, por estar siempre a mi lado. Me siento muy orgulloso de tenerlos como hermanos. Sin duda ustedes son parte de mi fuerza y fortaleza, este triunfo es para ustedes. Los amo!!!)*

Kěe yooite bíchlwellgaka káa rhaaken been yelenbana bzwán nháada koonhé léeake, sixhěenle ka rháaken bít xhwáala to torhěe lée néskserhé beene záana nháakllo, sáan llonksa yel choollkénkđerhe lée wkreenle nhaada llirha gáan ba zíarhí.

*(A mi familia por que el destino me puso con esta familia tan maravillosa, perdónenme por no mencionarlos pero es que somos muchos, pero sin duda han formado parte de mis logros.)*

Kěe Doctora Silvia Morales Chainé káa rhaaken bséedrhě nháada kaa goora táa rhao yexhliwon, wxkéerho dáan bséedrho nháada kaa goorha yediáa yel nllíe, yel lláawe, káan lloon nháa káan yíitj dan lěe psicología, kaa rhaaken braawo nháada ka bzooraugia nha bzerhéerho nhaada koon ka bayooll kían. Choona yel chhollkéenko kárhaken běeno yelbiajleko nháada, nháanhen gookrherho nháada.

*(A la Doctora Silvia Morales Chainé por ser un ejemplo de vida en mí, gracias por enseñarme y transmitirme el amor, la pasión y el sentido de la psicología, por guiarme en mi formación, aprendizaje, superación y actualización como profesional. Le agradezco cada una de las oportunidades profesionales y personales en las cual ha depositado su confianza en mí.)*

Kěe Doctora Lidya Barragán Torres káa nhaaken bérhehr nháada dill ná wkrherho nhaada, rhuén llakrherho nháada nhench gáaka too wen llín guen, rhuén nháako káa ruhě yáay goorka rho llkuerhkiarhi, biajleo kiá nha béenllo llín txhéen. Wxxkeerho dazáan lhas.

*(A la Doctora Lidya Barragán Torres por sus enriquecedores y valiosos comentarios por su actitud siempre tan positiva que me ha motivado a ser un mejor profesional por ser uno de mis pilares en mi formación académica y por tenerme la confianza en los proyectos que estuvimos juntos. Gracias por todo.)*

Kěe méexhkweerhkiáka ná béene ka byiwa yíichkiá ki Ma. Elena Ortiz, Ligia Colmenares ná Samuel Jurado, káa rháaken bseedaké nháada, ká nháaken wkrhenhake nháada nhench bllirhá gaan ziarhi, léeska lloonan kěrhé, le rhenksrhen bēenle llín nhech blloj yíichkián. Chhollkenle ká rháaken gookrhenlé nháada.

*(A mis Profesores y Sinodales Ma. Elena Ortiz, Ligia Colmenares y Samuel Jurado por sus grandes enseñanzas, por ser parte de este logro, la cual les comparto, ya que ustedes también lo trabajaron y espero que su esfuerzo y empeño se vea reflejado en este trabajo. Muchas gracias por su apoyo.)*

Léeska lloona yel baaránakiá gáan lěe Centro de Prevención en Adicciones "Dr. Héctor Ayala Velázquez" daan nhaaken kaa wallée yeetoo yookiá gaa ba bchhela miwake yobre lěe léeska wkrenakbe nháada nhench gook yíichkiá rhí. Kěe Paty, Karen, Lex, Lupita, Gina, Betxa, Pao, San, Clau, Yaz, lée rhaakto ka toose yó, toose wēen llín.

*(Mi reconocimiento y respeto al Centro de Prevención en Adicciones "Dr. Héctor Ayala Velázquez" por ser mi otra casa en donde eh encontrado amigos y compañeros invaluable el lugar sin el cual nada de esto sería posible. A Paty, Karen, Lex, Lupita, Gina, Betxa, Pao, San, Clau, Yaz, que sin duda hemos, somos y seguiremos siendo un buen equipo).*

Kee Montse káa rháaken lloonho nhaada txhēen lhaowe gaan ba dáa ná, kaa rhaaken ba bzueerho lliwo daxhén, káa rhaaken lláakrherho nháada, dāan llāajleoo kiá nha ka rháaken llrhuerho nháada da bit rhoombiárhă, káa rhaaken schhillo nháada nha léeska llcháao nháada, kěe yooiteb bí díill keenchhiadaoka chhoonllo txhéen. Wxhkéerho káa rháaken zeeo lloorho nháada txhéen. Deetgăalla nllíerha rhué!

*(A Montse por recorrer esta etapa conmigo, por aguantarme tanto tiempo, por tu apoyo inagotable, por creer en mí y siempre enseñarme cosas nuevas y distintas, por hacerme reír y también hacerme enojar, por todas y tantas tonterías que decimos y hacemos. Gracias por estar a mi lado. Te quiero mucho mucho!)*

Kěe Ale Alejandra káa rháaken rháakllo miwo, káa nháaken wkrhérho nháada nheench gook yíichkiárhí ka nháaken bēelló dill kaa da llaweello, da llgó chhiwo loo yel wín, dă lloonllo xbăab, kěe yooite da brwerho lliwo nha yooite da báa bděello txheen. Wxkéerho nhōorh miwkiá.

*(A Ale Alejandra que me has brindado tu amistad sincera, por apoyarme en este trabajo y compartir nuestras alegrías, tristezas, preocupaciones y sobre todo por estar siempre a mi lado, por todo lo que me has enseñado y por cada momento divertido que hemos pasado. Te quiero mucho amiga del alma)*

Kěe Deivid nha Tom káa rhaaken ba bděello dăa zāan tchhén

*(A Deivid y Tom, por las aventuras y por lo aprendido gracias amigos los quiero mucho!)*

Kōo rhué xhíirhe káa rhaaken rháw luechhjlllo nha chhoonllo llín txhén, kěe Jud káa rhaaken wkrheerho nháada nha brajo lliw videos, kěe Lizzy nha Danna ká rhaaken lloonhakbe llín kwasrho nha llaakrhenhakbe nháada nench chhasiolla yooite da zsurawa, nllierha rhé nhōorh miwkiá!!!

*(A ti Borrego por seguir cumpliendo nuestras metas y que mejor... juntos, a Jud por todo tu apoyo en la realización y cooperación de los videos, a Lizzy y Danna por su dedicación chambeadora y siempre motivarme a cumplir mis objetivos, las quiero amigas!!!)*

Këe Tan, Meli, Fari, Vio, Marce káa rhaaken biajlëerhe kiá, ka rháaken beenle nháada txhéen lhao xkwerkeellon. Líapã rhé bãarhan nha nllierha rhé.

*(A Tan, Meli, Fari, Vio, Marce por ser mi ejemplo a seguir y compartir esta odisea con ustedes, por su apoyo, por confiar en mí, por las risas compartidas y por siempre impulsarme a seguir adelante, las admiro y quiero mucho)*

Këe Nadia Robsot ká rhaaken brhwerho nháada ye too rhëes koob loo psicología, këe yooite dãa néezrho nha yooite da bseedrö nháada, yel wkré kon bá bëerhén nháada too béene xheen, nha déell da wséedrö lliwo, lláapa rhué bãarhan xheen!!!

*(A Nadia Robles Soto por hacerme descubrir un nuevo camino en la psicología, por tu conocimiento, tus enseñanzas, tu apoyo brindado que me han hecho crecer en muchos aspectos sin duda seguiré aprendiendo mucho de ti te admiro y respeto mucho!!!)*

Këe México Nación Multicultural Këe Esther, Will, Quetzaly, Paty, Kari, Rod, Edgar Pírhe (Bãadebé yichen díill wrhall) léee bit nháak nhëeto dãa bill nhoombiá béene, da bá bdée, da bá goolallghake n allá, nhëeto nháacto yéellghak nha nbáan, koon gãa zaajzee to béene wrhaal lhao rháall llo rhao Yell liw, soo too yel enban koob nha too yel xbáab koob dã bi nhombiarherhé. Nha nhaak yéellketo ka yeell wrhaall dãan nha lláap chí yel wrallketón. Zaján këe yooitere comnerghake.

*(A México Nación Multicultural especialmente a Esther, Will, Quetzaly, Paty, Kari, Rod, Edgar Revilla (por la traducción al ZAPOTECO) y porque nosotros no somos mitos del pasado, ni del presente, sino pueblos activos y mientras haya un indio vivo en cualquier rincón de México y del mundo, hay un brillo de esperanza y un pensamiento original de la vida. Nuestros pueblos indígenas seguimos teniendo identidad porque hemos sabido resistir. Esto va por ustedes compas.)*

Kõo rhué Daniela le rhuéetkon bneezrhö káane wrhe gook nhench basiolla llínrhi, dan goorho nháada txhén gãakteze gaak kiá, welkse chhayúuno yel warhkia nhench nawa wrha káan chheenla. Káan nhëekso këerhe nheello zaallo too chíize rhao yelenbana, sãan dée wkuanlló da yéegãan to chíise ghãaní... nha néezrhó? Chãawrhaall ba chhoonllón.

*(A ti Daniela porque más que nadie supiste como me costó terminar este trabajo, se que siempre estarás conmigo en las buenas y en las malas, siempre me harás sonreírle a la vida y siempre me darás la fuerza para lograr mis sueños. Como dirías la idea no es vivir para siempre, la idea es crear algo que si lo haga.. y sabes? lo estamos consiguiendo.)*

Këe Bii këe 11 Fer, Dal, Marlene, Normis, Arely, Liss, Lili; Grillo deetgalla nllierha rhé, chhooxkéenle káaraaken chhakrhéenle lliwo nha këe yoite da keenchhiadaoka bíi báa béenllo. Zaaajan këerhée!!!

*A los del 11 Fer, Dal, Marlene, Normis, Arely, Liss, Lili, Grillo a que tanto quiero y adoro amigos gracias por su apoyo y por las tantas locuras cometidas. Va por ustedes!!!*

Këe vaqueros Cooper, Robles, Meme, Mayito káa rhaaken bzëerhéenle lliwo. Nllierha rhée! *(A los Vaqueros Cooper, Robles, Meme, Mayito por su apoyo incondicional. Los quiero!)*

Këe Bruno le léebe ba nhombiábê nháada, nha néezebe kaaten chháakrhâ nha yaachhjrha nhoo miw, too llhrãazbe nha llbébe llíiteze nhá lloome nháada txhéen.

*A Bruno que sin duda he aprendido que cuando tengo un buen o mal día, no hace falta más que te sientes a mi lado, guardes silencio y me acompañes.*

Kěe UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO káarhakenchhaverha ghaanin bsdhakhée nháada nhéench gháaka béene ween káa rhao líin kiá ka toowraaza, nha léeska brhweerhrén nháada wxwá ná too yel xbáabkiá nhéench gáak rhăachhlón too da xhéen.

*A la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO porque no hay otra cosa que me enorgullezca más que pertenecer a esta Universidad, que me ha enseñado a ser una mejor persona tanto profesionalmente como individualmente y motivarme a dejar huella y aportar cosas nuevas a este hermoso país.*

**“KĚE BEENE WRHAALLKIA NEE RHAALLD ´ AON”**

**“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”**

## INDICE

RESUMEN .....	7
INTRODUCCIÓN .....	8
ANTECEDENTES	
Consumo del alcohol y sus efectos .....	9
Conductas de Interacción y Habilidades Terapéuticas .....	17
MÉTODO	
Participantes.....	30
Instrumentos.....	30
Procedimiento.....	31
RESULTADOS.....	34
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....	41
REFERENCIAS .....	46
APÉNDICE.....	52
Anexo 1. ....	52
Anexo 2. ....	55
Anexo 3. ....	58
Anexo 4. ....	62

## RESUMEN

El tratamiento en adicciones está en función de múltiples variables entre las que se encuentran por un lado el tipo de enfoque terapéutico, las características del participante, una intervención adecuada de las habilidades terapéuticas y una ejecución de conductas de interacción eficaces que el profesional de la salud despliegue durante la intervención. Por esta razón, el objetivo de este trabajo fue identificar y describir las conductas de interacción del profesional de la salud con un usuario ficticio y analizar las habilidades terapéuticas de la consejería breve con usuarios de sustancias. En esta investigación se describen las conductas de interacción y habilidades terapéuticas presentadas en 454 profesionales de la salud de diferentes entidades e instituciones de la República Mexicana, midiendo las conductas de interacción con un sistema de registro de observación directa y las habilidades terapéuticas mediante una lista cotejable de 39 habilidades con 3 posibilidades de respuesta. Mostrando en la investigación conductas de interacción significativas tales como mostrar humor, completar y desaprobar, en cuanto a las habilidades terapéuticas fueron habilidades tales como consecuencias negativas, canalización a otra institución y preguntas para lograr las metas. La línea de investigación sigue dando más información en cuanto a la interacción entre terapeuta y profesional para posteriormente poder crear un sistema de categorización para comprender y ser más eficientes en la terapia y básicamente en la relación entre terapeuta y usuario al igual poder crear un cambio favorable en el usuario consumidor de sustancias.

*Palabras clave: Conductas de Interacción, Habilidades Terapéuticas, Profesionales de la Salud*



## INTRODUCCION

El consumo de bebidas alcohólicas es un problema de alcance mundial que pone en riesgo tanto el desarrollo individual como el social: Causa 2,5 millones de muertes cada año y también causa daños que van más allá de la salud física y psicológica del bebedor. Alrededor 320 mil jóvenes de entre 15 y 29 años de edad mueren al año en nuestro país por causas relacionadas con el consumo de alcohol, lo que representa un 9% de la población mexicana (ENA,2011). Una persona en estado de intoxicación puede tener muchos problemas graves de índole social y del desarrollo, en particular la violencia, el descuido y el maltrato de menores. Por lo anterior es necesario investigar las técnicas potencializan la efectividad de los tratamientos conductuales así como otras variables que inciden en el éxito de las intervenciones, la utilización de la conducta verbal en terapia y la relación terapeuta-cliente (Morales et al., 2011). Se han utilizado una variedad de técnicas para solucionar los problemas en el abuso de sustancias, en situaciones de riesgo a la dependencia, para ayudar a los clientes a reducir o detener el abuso, para actuar como primer paso en el proceso de tratamiento para determinar si los usuarios pueden detener o reducir por sí mismos, y actuar como un método para cambiar comportamientos específicos antes o durante el tratamiento (Edwards et al. ,1981). Existen razones que justifican el estudio de la interacción verbal: el cliente habla de sus problemas y describe lo que ocurre fuera de la clínica y son estas descripciones la base para la aplicación del programa terapéutico que se decida; el terapeuta intenta promover cambios fuera de la clínica diciendo o instruyendo al cliente sobre qué tiene que hacer; incluso en muchas ocasiones, el problema del cliente no es otro que su manera de hablarse, de describir el mundo que le rodea, por lo que la intervención terapéutica requiere la modificación de esas verbalizaciones. Para que un tratamiento tenga efectividad es necesario conocer las habilidades del terapeuta, la utilización del lenguaje en la terapia y la relación terapeuta usuario. (Kazdin, 1991).

## CONSUMO DE ALCOHOL Y SUS EFECTOS

Una persona en estado de intoxicación puede tener muchos problemas graves de índole social y del desarrollo, en particular la violencia, el descuido y el maltrato de menores. Por otra parte los consumidores pueden sufrir accidentes de tránsito o realizar actos de violencia, pueden perjudicar a sus compañeros de trabajo, familiares, amigos e incluso extraños. En otras palabras, el consumo excesivo de alcohol tiene un efecto perjudicial en la sociedad.

La ingestión de alcohol puede convertirse en un factor determinante de algunos trastornos neuro-psiquiátricos, como la epilepsia, así como otras enfermedades no transmisibles (las cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos tipos de cáncer; Brailowsky, 2002). El consumo también está relacionado con varias enfermedades infecciosas como el VIH/sida, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual, lo que se debe por un lado al debilitamiento del sistema inmune por efecto del alcohol en el organismo y por falta de adherencia de los pacientes al tratamiento con antirretrovirales cuando se encuentran bajo los efectos de alcohol (Cruz, 2007).

Cuando un individuo está bajo el efecto del alcohol puede aumentar su susceptibilidad a accidentes muy comunes, como caídas, atropellamientos, choques en automóvil con lesiones graves, también es más propenso a presentar irritabilidad, estallidos de cólera, relaciones sexuales de riesgo que dan como resultado embarazos no deseados o la adquisición de enfermedades de transmisión sexual, enfrentamientos verbales o físicos, las discusiones y las riñas suelen ser una constante así como la mayor probabilidad de ser detenidos por consumir o por realizar actos inmorales en la vía pública, o de ser despojados de sus pertenencias a cambio de no ser detenidos.

La muerte puede ser otra consecuencia del consumo de alcohol. Su consumo puede llevar a los individuos a realizar tareas de riesgo como conducir en estado de intoxicación lo que puede incrementar el riesgo de padecer

traumatismos involuntarios e intencionales, en particular los accidentes de tránsito, los actos de violencia y los suicidios. Los traumatismos mortales atribuibles al consumo de alcohol tienden a producirse en los grupos etarios relativamente más jóvenes (OMS 2011).

Particularmente en la población mexicana el consumo de alcohol es una de la problemáticas de mayor relevancia social. Es decir, el alcohol es la droga legal de mayor preferencia. Específicamente la cerveza es la bebida de mayor preferencia, seguida de los destilados, el vino de mesa y las bebidas preparadas. (ENA, 2011).

No obstante que el 6% de la población desarrolló dependencia lo que equivale a 4.9 millones de personas (específicamente el 4.1% de los adolescentes, 3 hombres por cada mujer), el consumo diario de alcohol ocurre solo en el 0.8% de la población (ENA 2011). Esto es, poco más de la mitad (53.6%) de los adultos entre 18 y 34 años de edad reportan haber tenido al menos un episodio de consumo alto.

Poco más de la mitad de la población que ha consumido alcohol (55%), inició antes de los 17 años, 39% reportó haber iniciado entre los 18 y los 25 años y solamente 5.9% después de los 25 años (ENA 2011). Este inicio tardío sólo se observa en 2.1% de los hombres, pero alcanza al 10.6% de las mujeres.

Parece ser aun existen factores protectores para que las mujeres no inicien el consumo de alcohol. El consumo de alcohol también puede ser representado de forma diferente dependiendo de la región o entidad del país de la que se hable, por ejemplo, hay más bebedores en las regiones Centro (Guanajuato, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala ) y Norcentral (Chihuahua, Coahuila y Durango) que las regiones del Centro Sur (Veracruz, Oaxaca, Michoacán y Guerrero) y Sur (Campeche, Quintana Roo, Chiapas, Tabasco, Yucatán; ENA, 2011) del país.

A partir de los efectos nocivos en la vida de los individuos por consumo de alcohol, en la ENA (2011) se reporta que en términos absolutos más personas recibieron tratamiento en 2011 que en 2008 por consumo de cualquier droga, sin embargo en términos relativos éste índice se mantuvo estable, es decir, el aumento de personas en tratamiento, corresponde al aumento del tamaño de la población, sin ganancias proporcionales de cobertura.

Particularmente, con relación a la dependencia de alcohol solamente 6.8% de los consumidores de alcohol recibieron tratamiento. El rezago es mayor en las mujeres, hay 2.2% hombres con dependencia en tratamiento, por cada mujer con esta misma condición. (ENA,2011).

En cuanto a reportes de desintoxicación, que es sólo un primer paso y no se puede considerar como tratamiento, existe una disminución de quienes estuvieron en un anexo o en tratamiento residencial y un aumento importante en la proporción que reportó tratamiento ambulatorio. Es decir el tratamiento ambulatorio pasó de 9.8% en 2008 a 32.6% en 2011.

También parece existir un aumento importante en la proporción de la población con dependencia que recibió un tratamiento completo con un profesional (de 6.3% en 2008 a 22.8% en 2011). Sin embargo esta ganancia parece sólo observarse en los hombres. También aumentó la proporción de hombres y mujeres que recurrieron a establecimientos de ayuda mutua; sin embargo, en las mujeres el crecimiento en la proporción que utilizó este recurso fue mayor (de 15% en 2008 a 31.2% en 2011) que el que se observó en los hombres (de 35.4% a 44.7% respectivamente. ENA,2011).

El etanol, denominado también alcohol etílico ( $C_2H_5OH$ ), es empleado en bebidas alcohólicas de consumo frecuente que pueden estar compuestas de granos o frutas fermentadas. Pueden encontrarse distintas presentaciones de este

tipo de bebidas: cerveza, vino, tequila, ron, whisky, vodka, etcétera; su concentración de alcohol varía de acuerdo con el tipo de bebida.

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central, el cual es particularmente sensible a los efectos de esta sustancia; en un principio son los procesos inhibitorios los que afectan al Sistema Nervioso Central. Cuando una persona empieza a beber alcohol, se siente animada, pero después de un tiempo de haber estado bebiendo presenta una hiperactivación de algunas porciones del cerebro, lo que ocasiona la inhibición de emociones desagradables y de ansiedad.

El alcohol es absorbido rápidamente por el estómago y el intestino delgado. Sólo cerca del 2 al 5% de la dosis que se ingiere es eliminada por el organismo sin que sufra una transformación dentro del mismo; esto significa que se absorbe aproximadamente del 95 al 98% de la bebida consumida. De la porción de alcohol absorbida, el 20% se absorbe en el estómago, mientras que el 80% es absorbido en el intestino delgado. En un principio, la absorción en el estómago es rápida y se vuelve lenta de manera paulatina.

La absorción del alcohol en el intestino delgado es rápida y completa; no importa el contenido de alimento que exista en él y después de ingerir una copa, se requiere generalmente de dos a seis horas para que el alcohol sea absorbido, se distribuya de manera uniforme a través de todos los tejidos, principalmente aquellos en los que hay una alta concentración de sangre (por ejemplo, el corazón y el cerebro). Para que finalmente se elimine del cuerpo.

Tras un periodo de permanencia en sangre por lo general largo, se observa que: una pequeña parte de este alcohol, menos del 10%, es expulsado en la respiración, transpirado a través del sudor y eliminado por la orina, el resto se oxida en el hígado, dando lugar al auténtico metabolismo del alcohol, paso previo para su posterior eliminación.

Las consecuencias del consumo de alcohol a corto plazo son llamadas así porque pueden ocurrir unos minutos a unas horas después de haberse consumido la sustancia, o incluso presentarse días posteriores a la ingesta. Cuando el alcohol llega al cerebro se originan sensaciones de bienestar, euforia y desinhibición. Aunque, en un primer momento estas sensaciones son positivas, después se presentan alteraciones en el comportamiento que ponen en riesgo el bienestar y la salud del individuo: el habla, la memoria, el raciocinio, los movimientos y los reflejos, es decir se afectan los centros neurológicos de la parte media del cerebro, que controlan los músculos del habla, los movimientos y la actividad de los ojos.

Las consecuencias del consumo de alcohol a largo plazo son llamadas así porque los consumidores presentan un consumo severo y crónico de alcohol. Éstas se presentan a través de los años. Cuando se presenta un consumo excesivo de alcohol, el hígado se ve obligado a metabolizar y eliminar el alcohol de forma constante; por lo tanto, con el tiempo se lesionan y se destruyen sus células, lo que desemboca en enfermedades hepáticas dilatación del hígado, hepatitis alcohólica ó cirrosis (Beaglehole, Bonita & Kjellstrom. 1994).

El consumo del alcohol produce consecuencias graves a largo plazo que describiremos a continuación: Las alucinaciones auditivas son percepciones sensoriales imaginarias que pueden aparecer tras la privación o reducción brusca de la ingesta de alcohol, van casi siempre acompañadas de agitación psicomotriz, temblores generalizados y tensión arterial alta que sobrevienen como consecuencia de la irritación de la corteza auditiva cerebral, inducida por la acción tóxica del alcohol. Los problemas de alcohol en la atención y memoria pueden originar alteraciones en el registro, fijación, conservación, evocación o recuerdo de vivencias y experiencias que a la larga producirán lesiones cerebrales irreversibles. Las convulsiones son contracciones bruscas, intensas e involuntarias de los músculos que rigen los movimientos involuntarios se producen por la alteración de neuronas motoras localizadas en la corteza cerebral. El alcohol también produce un aumento de colesterol en la sangre que obliga al corazón a aumentar la presión de la sangre; por ello, cuanto más alcohol se ingiera, mayor

será la tasa de colesterol que se registrará y se pueden producir cardiopatías originadas por la incapacidad del músculo cardíaco para impulsar la sangre hacia las arterias, causando así la dilatación del corazón e insuficiencia cardíaca. En el estómago el consumo excesivo de alcohol pueden causar úlceras en el tracto gastrointestinal. En el páncreas puede causar inflamación que interfiere con la secreción de los jugos digestivos producidos por dicho órgano. En los genitales altera la erección y la eyaculación en el hombre y puede producir atrofia testicular, en la mujer, el consumo de alcohol puede ocasionar alteraciones en el ciclo sexual y frigidez, que se caracteriza por la incapacidad de experimentar placer sexual. (*La Ciencia de la Adicción*, 2009).

Adicionalmente, los efectos del consumo de alcohol pueden llegar a alterar la convivencia familiar y la vida en las comunidades. Durante los últimos 20 años, el consumo de drogas se ha vuelto un grave problema de salud pública. Es por eso, que instancias gubernamentales tanto locales como fedérelas de nuestro país han desarrollado estrategias para combatir la oferta de sustancias psicoactivas y la demanda, a través de acciones de promoción de la salud y de prevención del consumo del alcohol.

Durante la década de los 90's surgieron intentos manifiestos por parte de diversos autores (Hudelson, 1994; Kozel, 1992; Beck, T. A., Wright, Newman & Liese, 1999) de clarificar el estado de la psicología, tanto en los aspectos teóricos como en los metodológicos y prácticos para la atención de las adicciones. Era necesario investigar en técnicas que potencializan la efectividad de los tratamientos conductuales así como los efectos de las habilidades del terapeuta, la utilización de la conducta verbal en terapia y la relación terapeuta-cliente en el éxito de la intervención en este ámbito. (Morales et al., 2011).

Por otro lado, en la práctica clínica cada vez es mayor la utilización de tratamientos tradicionales, lo cual se aleja de las practicas basadas en la evidencia y en los principios básicos del análisis experimental de la conducta. La

consecuencia inmediata es que el tratamiento no se diseña acorde con un análisis funcional del caso (descripción objetiva de la/s conducta/s problema, de las variables de las que son función y de la relación de esos elementos entre sí), requisito en principio indispensable para seleccionar y aplicar cualquier técnica conductual (Baer, Wolf & Risley, 1968; OMS, 2013; NIDA, 2013). Los procedimientos de tratamiento utilizados se han alejado cada vez más de los principios básicos del comportamiento derivados de los estudios experimentales y se han ido reduciendo a un conjunto de pasos estandarizados que se aplican mecánicamente. Esta situación ha llevado a un enlentecimiento en el proceso terapéutico y a una deserción por parte del usuario del servicio de atención para reducir el consumo de sustancias adictivas.

Una de las principales intervenciones que ha tenido efectividad en el tratamiento de las adicciones, es el consejo breve (Martínez y Tavera, 2008) la cual tiene como objetivos disminuir el patrón de consumo, identificar situaciones de riesgo para el consumo, desarrollar estrategias para enfrentarse a estas situaciones, y reducir las consecuencias negativas asociadas al consumo (Martínez, et al., 2008). Para Breslin, Sdao-Jarvie, Tupker y Itting-Deland (2002), este consejo breve consiste en proporcionar una retroalimentación estructurada de los resultados de la evaluación y cuatro sesiones de tratamiento, haciendo énfasis en estrategias motivacionales, habilidades de autocontrol y habilidades sociales al participante. En México, se desarrolló “un programa de intervención breve para adolescentes que se inician en el consumo de alcohol u otras drogas” (PIBA). El programa se empleó con 52 adolescentes con un promedio de edad de 16 años, los cuales fueron asignados de manera aleatoria a un grupo experimental y a un grupo control en lista de espera quedando los grupos de la siguiente manera: grupo experimental con 23 adolescentes (13 hombres y 10 mujeres) y grupo control con 17 adolescentes (13 hombres y 4 mujeres). La muestra fue no probabilística de sujetos voluntarios, con los siguientes criterios de inclusión: a) adolescentes usuarios de alcohol, con consumo mayor de cuatro tragos estándar por ocasión de consumo en más cinco ocasiones en los últimos seis meses; b) reportar al menos un problema relacionado con su consumo de alcohol, pero sin



presentar los síntomas físicos de la dependencia fisiológica de acuerdo con el DSM-IV-TR, una sesión de evaluación del patrón de consumo del usuario de alcohol, una sesión de inducción, cuatro sesiones de tratamiento y tres sesiones de seguimiento. La intervención mostro una reducción del número de días de consumo, la cantidad de consumo y el número de consecuencias negativas relacionadas al consumo que se mantuvo durante el seguimiento. (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos & Ayala, 2005).

En este contexto, se empezaron a revisar las técnicas de tratamiento para intentar explicar su funcionamiento al tiempo que se pretendía sistematizar aspectos inespecíficos del consejo, como la relación cliente-terapeuta, a la cual se le empezó a dar importancia en la década anterior, pero sin que se hubiera llegado a conclusiones unánimes (Kazdin, 1991, 1977). Por lo que respecta al uso de la conducta verbal durante la sesión clínica, se convirtió en un elemento de estudio central, hasta el punto que el enfoque contextual lo empezó a considerar la clave terapéutica y uno de los procedimientos más poderosos para controlar y cambiar la conducta humana.

## CONDUCTAS DE INTERACCIÓN Y HABILIDADES TERAPÉUTICAS

La planeación del tratamiento para la atención de las adicciones está en función de múltiples variables entre las que se encuentran, el tipo de enfoque terapéutico, las características del participante para motivarlo al cambio, una intervención donde el objetivo sea la abstinencia o moderación según sea el caso, una ejecución de las habilidades terapéuticas y de conductas de interacción eficaces que el profesional de la salud despliegue durante la intervención.

### ***Intervención Breve***

El uso de la intervención breve se ha convertido en una estrategia que se utiliza para resolver una gran variedad de problemas, tales como el abuso de sustancias. El procedimiento permite ayudar a los clientes a reducir o detener el abuso. En las intervenciones breves se lleva a cabo una evaluación de los patrones de uso de la sustancia y los problemas relacionados con características que pongan en peligro la vida del usuario (Edwards et al. ,1981).

Los objetivos principales de los procedimientos para reducir el consumo consisten en: identificar las situaciones de riesgo de consumo, aumentar el conocimiento de los problemas derivados y recomendar un cambio o actividad específica (por ejemplo, la reducción del consumo o el auto-monitoreo de abuso de sustancias). Con estas estrategias el usuario generalmente ofrece un menú de opciones para lograr el objetivo propuesto y se motiva para asumir la responsabilidad de seleccionar y trabajar en el cambio de su comportamiento. Posteriormente se realizan seguimientos que servirán para evaluar los progresos que ha tenido el usuario, fomentar la motivación y la capacidad de hacer cambios positivos (lograr la abstinencia, desarrollar alternativas y planes de acción para controlar su consumo, etc.) para hacer frente a los problemas de abuso de sustancias (Kohlenberg & Tsai, 1991).

Proporcionar intervenciones breves eficaces requiere de un conocimiento, destrezas y habilidades terapéuticas. Los estudios han demostrado que la aplicación de las habilidades del profesional de la salud produce excelentes

resultados con el usuario, incluyendo que este pueda ingresar a tratamiento, trabajar y permanecer más tiempo en él y tener mejores resultados después del mismo, tales como una mayor participación en el seguimiento y mayores periodos de abstinencia (Brown y Miller, 1993; Miller et al, 1993; Martínez et al, 2008).

Por otra parte, Lamb et al. (1998) mencionan que un tratamiento de mayor duración puede contribuir a una mayor probabilidad de éxito. A partir de la aplicación de las intervenciones breves se han generado cuestionamientos sobre esta suposición ya que al menos la mitad de todos los pacientes abandonan el tratamiento especializado antes de su finalización. Probablemente los mayores impedimentos para la aplicación de intervenciones breves en los profesionales de la salud sean el exceso de trabajo y el hecho de que no están familiarizados con los últimos resultados de investigación aplicada (Schuster & Silverman , 1993; Morales, 2012).

Durante una intervención breve para el abuso de sustancias, el usuario debe reducir de manera gradual el riesgo de daños causados por el uso continuo de drogas y lograr la abstinencia. Sin embargo, el objetivo específico para cada usuario en particular se determina a partir de su patrón de consumo, las consecuencias de su uso y el entorno en el que se lleva a cabo la intervención breve.

Independientemente de que la meta a largo plazo sea dejar el consumo, centrarse en metas intermedias permite éxitos más inmediatos durante el proceso de intervención y tratamiento, estos son importantes para mantener al usuario motivado para disminuir la frecuencia de uso, asistir a la próxima reunión o realizar la siguiente tarea (Montaño, Calero & Froján, 2006).

Existen varias estrategias para centrarse en la intervención breve. Se deben identificar los pros y los contras del abuso de sustancias a corto y largo plazo. Esto es particularmente importante debido a que el profesional de la salud debe entender el papel del consumo en el contexto de la vida del usuario para posteriormente motivarlo a reducir o dejar de consumir sustancias, dar

retroalimentación personalizada sobre la detección de patrones de abuso de sustancias y otros hábitos de salud (actividades, aficiones, intereses, nutrición, etc.). En la interacción entre terapeuta y usuario se puede proporcionar información de los patrones de consumo que se ajuste a las normas de la población para su edad, hacer frente a situaciones de riesgo, la socialización con los usuarios de drogas, el aislamiento, la independencia, el aburrimiento, las interacciones familiares negativas, la estabilidad financiera, todos pueden ser motivadores importantes que no impliquen el uso de sustancias adictivas;

Para integrar con éxito la intervención breve los profesionales de la salud deben tener una base sólida en la teoría y un amplio conocimiento práctico (OMS, 2014), deben estar suficientemente formados en la terapia que utilizan y no deben depender únicamente de un manual.

Aquellos que se especializan en una terapia breve deben poseer habilidades para reconocer y evaluar las necesidades de los usuarios y las metas que son apropiadas para hacer frente a situaciones de riesgos que disparen el consumo del usuario (Tavera & Martínez, 2008),

Los profesionales de la salud tienen que ser empáticos y con experiencia para ser capaces de integrar su formación, conocimiento y sus habilidades terapéuticas e interacciones con el usuario tanto profesional como personal ya sea en el tratamiento de abuso de sustancias o en general en el ejercicio de cualquier disciplina (trabajo social, medicina, enfermería o psicología) para crear un ambiente terapéutico que prediga el éxito en el cumplimiento de la meta del usuario y que permita este desenvolverse saludablemente, proveedores eficaces en el tratamiento de abuso de sustancias, tendrán que centrarse en el cambio a corto plazo para que puedan tener un beneficio a largo plazo.

El tratamiento breve para los trastornos de abuso de sustancias es útil, pero no debe considerarse como un estándar de atención para todas las personas o poblaciones. Una intervención breve que ha funcionado exitosamente en México, cuya finalidad consiste en prevenir la ocurrencia del contacto inicial con las drogas

o si el consumo ya está ocurriendo, el aquel que ofrece alternativas de intervención mediante la aplicación de una serie de técnicas agrupadas en el acrónimo *IDEAS* (*Indagar, Dialogar, Establecer metas, Acompañar, Seguimiento*) (Martínez, Salazar y Legaspi, 2009). Este tratamiento breve se ha utilizado en los Centros especializados para la atención de las adicciones (Centros Nueva Vida, CAPA) del gobierno Federal en todo el país.

### ***Habilidades terapéuticas y conductas de interacción***

La importancia del marco relacional para definir y orientar el papel de terapeuta y el cliente ha sido de permanente interés en la literatura de la psicoterapia (Bateson, 1954; Goffman, 1974; Bass 2007; Karson, 2008). Cuando las personas interactúan, tratan de definir la interacción de una manera que les beneficie a ambas partes (Watzlawick, Bavelas & Jackson, 1967).

Existe un consenso respecto de las habilidades de intervención que se manejan en la práctica clínica, diversos autores han señalado que entre las principales habilidades se encuentran: (Linehan, 2002; Miller, 1996; Miller & Rollnick, 2002; Neacsiu et al, 2010).

La Entrevista Motivacional (EM: Miller y Rollnick, 1991) es una intervención psicosocial breve originada para motivar a los pacientes a reducir la ingesta de alcohol. Tras su expansión como intervención pre-tratamiento, o incluso como terapia en sí misma para diferentes problemas, sus autores hacen énfasis en que más que una serie de técnicas se trata de un estilo de intervención: directivo, aunque de apoyo no confrontador y centrado en el cliente. El objetivo es producir un cambio de conducta apoyando al cliente en la resolución de la ambivalencia en la que se encuentra (Levensky, 2003; Rollnick, Mason y Butler, 2000; Rollnick y Miller, 1995; Rotgers, 2004). El cambio se lograría, en primer lugar, creando y movilizandando la motivación intrínseca del cliente (expresar empatía, evitar la discusión, darle giro a la resistencia y fomentar autoeficacia), y a continuación, enfatizando su responsabilidad con respecto a los objetivos y las estrategias de cambio ya que el terapeuta no produce el cambio directamente (ofreciendo el

consejo, eliminando obstáculos, ofreciendo alternativas, disminuyendo la deseabilidad de la conducta, practicando la empatía, ofreciendo retroalimentación, aclarando objetivos, ofreciendo ayuda activa).

Boardman, Delwyn, Grobe J, Little & Ahluwalia (2006) examinaron si los comportamientos del terapeuta en consonancia con la entrevista motivacional se asociaron dentro del período de sesiones de la alianza de trabajo y compromiso con el cliente. Cuarenta y seis sesiones de asesoramiento en cintas de audio fueron extraídos de un grupo de investigación y controlado aleatoriamente para dejar de fumar para los residentes de vivienda pública. Los evaluadores independientes codificaron los comportamientos terapeuta y los comportamientos del cliente. Los comportamientos de los terapeutas fueron codificados usando el Código de Bonus de la entrevista motivacional. Los resultados indicaron que un estilo MI- consistente (promedio de lo global Las calificaciones de la colaboración , el igualitarismo y la empatía ) se asoció positivamente con la alianza y el compromiso , mientras que la confrontación era negativamente con la alianza . Conductas moderadas tales como afirmar , hacer preguntas abiertas , confrontar , y resumir. Covariables significativas incluyen la condición de tratamiento, secuencia de la sesión, y la fecha de la sesión. Los hallazgos apoyan empíricamente Miller y de Rollnick Miller y Rollnick , S. ( 2002 )

Específicamente en el caso de los tratamientos basados en el análisis de la conducta, se ha considerado el estudio de habilidades específicas tales como: cortesía, la habilidad del terapeuta para explicar al usuario las características del tratamiento, la identificación o definición de la conducta meta y la habilidad para establecer metas de tratamiento junto con el usuario e ir evaluando los resultados de la intervención, así como la elaboración de análisis funcional de la conducta (Chamberlain & Ray, 1988; Iwata et al, 1982; Iwata, Wallace et al, 2000; Whang et al, 1982).

Norcross, (2002); Rosenzweig, (1936); Weinberger, (2002) coinciden en una serie de habilidades comunes para facilitar la formación en cuanto a la empatía, la escucha, mostrar atención, entre otras para la solución de problemas y la toma de decisiones, de igual manera contribuir significativamente en la eficacia terapéutica, las cuales son fundamentales para el mantenimiento de esta relación. Las habilidades tienen que ver con ayudar al cliente a identificar las consecuencias de sus conductas problema, así como su susceptibilidad a estos eventos negativos (Meichenbaum & Turk, 1991; Ruiz Fernández, 1998). Existen estrategias que con diferentes nombres se refieren a la demostración o anticipación de los resultados positivos asociados a la realización de tareas y al cumplimiento de los objetivos terapéuticos (Coe, 1992; Cormier y Cormier, 1994; Kanfer, 1992; Meichenbaum y Turk, 1991; Ranieri, 1984; Ruiz Fernández, 1994,1998). Entre las distintas funciones que cumplen dichas habilidades Monjas (1993) cita varias funciones que cumplen las habilidades destacando las siguientes: aprendizaje de la reciprocidad, adopción de distintos roles (de hablante, de escucha o ponerse en lugar del otro), aprendizaje de comportamientos de cooperación: trabajo en equipo, compartir, tareas, destrezas de colaboración, autocontrol y regulación de la propia conducta y apoyo emocional de los iguales (afecto, ayuda, apoyo, compañía).

En un estudio realizado por Iwata (1982), se realizaron dos experimentos para analizar tanto las conductas como las respuestas dadas a los clientes por parte de los profesionales en entrenamiento: en uno de ellos en el que se observó a estudiantes de pregrado en situaciones simuladas y en el otro observo a estudiantes de doctorado en escenarios reales. Se registro la presencia/ no presencia de dichos comportamientos por medio de sistemas de observación de las conductas del usuario y del estudiante. Los resultados mostraron que en situaciones simuladas los estudiantes ponían en práctica un 30% de conductas consideradas como correctas durante la línea base y que al concluir el entrenamiento (basado en instrucciones escritas y retroalimentación) éstas incrementaban hasta un 75.8%. Mientras que en el caso de la situación real, el

nivel de habilidad antes del tratamiento fue del 58% incrementando después del tratamiento hasta un 90%.

Castonguay y Beutler (2006) mencionan que existen variables para la relación exitosa terapeuta-cliente que incluyen factores tales como la participación empática, la colaboración en los objetivos de la psicoterapia y la conexión de lo que se hace en la intervención.

Bordin (1979) argumenta que distintos enfoques de intervención pueden diferenciarse de manera significativa en términos de los tipos de alianzas de trabajo. Por otra parte, la alianza de trabajo resultará ser el factor principal en el cambio logrado a través de la intervención y dependerá de las actitudes del paciente y del profesional a las demandas de la alianza de trabajo. De acuerdo con este autor la alianza de trabajo incluye 3 características: acuerdo sobre los objetivos, la asignación de tareas y el desarrollo de sus metas.

Por otro lado el enfoque teórico del terapeuta determina algunos aspectos como las conductas de interacción y las habilidades terapéuticas, las que jugaran un papel importante dentro de la relación terapéutica ya que constituye un proceso importante en el marco de la intervención. Langs (1978) identificó las reglas de enfrentamiento más comunes del profesional de la salud ante el usuario (confrontar, desesperanza, salirse del tema, etc.) o marcos relacionales que promueven la alianza terapéutica a través de la intervención.

Los estudios que mantienen una buena alianza entre el terapeuta-usuario durante el tratamiento a menudo muestran que la alianza prevé una mejora en los síntomas al final del tratamiento. Este es un hallazgo importante, porque la predicción del cambio o la falta de ella bien podría guiar la terapeuta en la toma de decisiones acerca de las estrategias de intervención lo cual implican en tener habilidades terapéuticas aptas para crear el cambio (Kazdin, 2009).



El estudio de las conductas verbales representan en la actualidad una de las líneas más fructíferas desde el momento en que la terapia conductual es eminentemente “hablada”. Hayes, Follete y Follete, (1995) trataron de entender el cambio terapéutico como un moldeamiento de nuevas conductas a través de contingencias obtenidas en la relación terapéutica. Hamilton (1988) propuso en su trabajo la integración de formulaciones existentes del comportamiento de la conducta verbal en intervención. El menciona que el papel de la conducta verbal ha sido explicado por los teóricos de comportamiento que utilizan los principios del aprendizaje tales como Skinner (1957) que define la conducta verbal y menciona que es parte integral de muchas formulaciones de comportamiento de la conducta en la relación terapéutica. Los teóricos del comportamiento enfatizan el desarrollo de la conducta verbal, que cumple importantes funciones discriminativas. La conducta verbal también es vista como una forma de acuerdo con un modelo de condicionamiento operante verbal. Muchos de los comportamientos verbales están controlados por la evitación de estímulos aversivos y deben ser extinguidos durante la terapia.

Rosenfarb (1992) se baso en la perspectiva analítica conductual para examinar, los mecanismos por los que el cambio se produce en el contexto de la relación terapéutica. Su análisis se centra en la manera en que el profesional moldea la conducta del cliente a través de las señales no verbales sutiles y análisis verbales explícitos.

Follete, Naugle y Callaghan (1996), proponen que las conductas de interacción, habilidades terapéuticas y el contacto cliente-terapeuta puede producir grandes cambios en el comportamiento. Describen una estrategia de investigación para evaluar el modelo propuesto que considera el cambio del cliente como una función de la relación terapéutica, para lo cual investigaron los componentes funcionales de la relación terapéutica. Mientras que otros modelos de la terapia de entendimiento han ofrecido interpretaciones de la importancia de la alianza cliente-terapeuta, pocos han especificado los mecanismos responsables de la mediación

de cambio que tiene un fundamento en la psicología experimental. Por otra parte (Kohlenberg & Tsai, 1991,1995), se basaban en una serie de reglas en la que se especifican los comportamientos del terapeuta necesarios para que se produzca el cambio deseado en el cliente en el contexto de la relación interpersonal establecida entre ambos.

Frojan (2008) construyó un sistema de categorización de la conducta verbal del profesional de la salud, en el cual incluyó 7 categorías: funcional, discriminativa, evocadora, de refuerzo, de castigo, instruccional, motivacional e informativa, además de otras, en la que se incluyen las conductas que no corresponden a ninguna de las demás categorías. En más investigación posterior, Frojan (2010) realizó un estudio bibliográfico del efecto que tienen en la conducta del usuario determinadas verbalizaciones del profesional de la salud, tienen sobre la conducta del usuario, encontrando en su revisión que la clave de la conducta verbal del profesional de la salud es la descripción que este hace de las consecuencias de la conducta del cliente.

Frojan (2010) propuso superar algunas de las dificultades encontradas en el análisis de la conducta verbal en sesión a través de la combinación de una cuidadosa metodología observacional y el uso de una herramienta informatizada, *The Observer XT*, que facilita la exactitud y precisión en el registro de los datos. Esta propuesta hizo especial hincapié en los dos problemas fundamentales que surgen cuando se llevan a cabo estudios observacionales: cómo categorizar el fenómeno a analizar, y cómo evaluar la concordancia entre observadores durante la aplicación del sistema de categorización seleccionado. El estudio pretendió identificar topografías del comportamiento verbal de los clínicos que podrían corresponderse con las posibles funcionalidades de tal comportamiento. Se trabajó con 101 sesiones procedentes de 21 casos de adultos tratados por 8 terapeutas. La hipótesis de partida era que las categorías de la conducta verbal de los terapeutas se distribuirían en la intervención clínica de manera que se podría establecer un modelo de actuación verbal relacionado con el objetivo clínico

durante el proceso terapéutico. Los resultados de los análisis realizados confirman esta hipótesis y permiten afirmar que lo que se relaciona con el tipo de comportamiento verbal emitido por los terapeutas es la actividad clínicamente relevante que se está llevando a cabo en sesión. Según estos resultados los terapeutas realizan cuatro tipos de actividades clínicamente relevantes (evaluación, explicación, tratamiento y consolidación del cambio) que están relacionadas con el tipo de categorías de la conducta verbal que predomina en cada una de ellas más que con el momento temporal de la terapia en el que tienen lugar (Anguera, 1991; 1999).

Por otro lado, Chamberlain & Ray (1986) propusieron lo que ellos denominaron el Código del Proceso Terapéutico, al cual definen como un sistema multidimensional que permite el registro de la conducta del usuario y del terapeuta en una situación de intervención clínica. Este sistema tiene la ventaja de permitir la obtención de datos sobre la manera en que la conducta del terapeuta es afectada por la del usuario y viceversa, así como del escenario en que ocurre. Ellos proponen que existen conductas del profesional que son no directivas y que promueven conductas no resistentes en el usuario. También describen conductas directivas o confrontativas que generan conductas resistentes en el usuario. Pese a que este sistema de categorización fue elaborado en una terapia infantil, existen autores que han retomado el Código de Proceso Terapéutico para observar las conductas de interacción del profesional.

Posteriormente, este sistema fue traducido y adaptado en nuestro país por Pérez (2002), quien lo empleó para analizar las conductas del terapeuta que pueden favorecer la resistencia de los usuarios durante las sesiones, encontrando que las conductas del terapeuta como el confrontar favorecen la resistencia en el usuario, mientras que aquellas como: enseñar, apoyar o preguntar estuvieron menos relacionadas con la resistencia del usuario durante las sesiones. Pérez (2002) realizó un estudio de tipo observacional cuyo objetivo fue describir las conductas relacionadas con la aparición de resistencia por parte del usuario. Se

trabajó con una muestra de cinco profesionales de la salud, a los cuales se les video-grabó mientras atendían a usuarios, para observar la interacción del profesional y del usuario en un programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema. Las conductas de los profesionales de la salud fueron registradas mediante el Código del Proceso Terapéutico (Chamberlain, 1986). Se encontró que las conductas del profesional asociadas con una respuesta cooperativa del usuario, fueron enseñar (75%), preguntar y estructurar con 30%. Mientras que las conductas confrontativas por parte del profesional generan conductas de resistencia en el usuario en el 50% de los casos, cabe mencionar que en estos casos, el usuario abandonó el tratamiento.

En este mismo estudio se comparó a los profesionales que habían sido entrenados y con experiencia en la aplicación del Programa de Bebedores Problema y los profesionales que aún estaban en formación y no tenían experiencia en su aplicación. Se encontró que en los profesionales entrenados se observaron conductas como enseñar, preguntar y estructurar con mayor frecuencia y no se presentaron conductas confrontativas. Sus usuarios no presentaron conductas resistentes. En el caso de los profesionales con poca experiencia, se encontró que presentaban todas las conductas que describe el Código del Proceso Terapéutico. El autor concluyó que existen algunas conductas del profesional que pueden facilitar las conductas no resistentes en el usuario lo cual permite identificar las conductas relacionadas con una intervención exitosa y a partir de ello capacitar a los profesionales en el uso de dichas conductas y evitar futuras conductas resistentes.

Un antecedente claro es el realizado por Day (1980). Pretendía llevar a cabo un análisis comportamental detallado y riguroso de las transcripciones de episodios conversacionales extraídos de sesiones clínicas reales. Para ellos se utilizó un código de categorías propuestas por Skinner (1957) en *Verbal Behavior*, la intención era expresar lo observado en términos de principios operantes y respondientes que permitiesen caracterizar el episodio verbal estudiado. Este

análisis, aunque de gran interés, pronto presentó problemas importantes relacionados con lo costoso de su realización, lo complicado de la comparación de los resultados entre sí y las dificultades para asegurar una concordancia interjueces adecuada, estos inconvenientes explican la ausencia de publicaciones al respecto y el hecho de que apenas se hayan usado variantes de este método.

Además de reconocer que la terapia de conducta utiliza la conducta verbal como medio de trabajo, existen otras razones que justifican el estudio de la interacción verbal. El cliente habla de sus problemas y describe lo que ocurre fuera de la clínica y estas descripciones son la base para la aplicación del programa terapéutico que se decida. El terapeuta intenta promover cambios fuera de la clínica diciendo o instruyendo al cliente sobre qué tiene que hacer; incluso en muchas ocasiones, el problema del cliente no es otro que su manera de autocontrolarse a través de su planeación y uso del lenguaje verbal, de describir el mundo que le rodea, por lo que la intervención terapéutica requiere la modificación de esas verbalizaciones.

La conceptualización de la relación terapéutica como un contexto para la administración de contingencias de reforzamiento y castigo es aplicable no sólo a la intervención conductual sino también a cualquier otra forma exitosa de tratamiento psicológico y fue tomada como fundamento para la formulación de una nueva alternativa.

Muchos de los profesionales que están inmersos en estos centros especializados en adicciones están formados en diferentes modelos terapéuticos, por lo cual despliegan diferentes conductas de interacción y habilidades terapéuticas, por lo cual sería importante describir las conductas y habilidades terapéuticas que presentan los profesionales de la salud que laboran en los centros de atención primaria en adicciones y en base a las investigaciones previas si manejan similares conductas y habilidades enfocadas a nuestra investigación.

Por esta razón, el objetivo de este trabajo fue identificar y describir las conductas de interacción del profesional de la salud con un usuario ficticio y analizar las habilidades terapéuticas de la consejería breve con usuarios de sustancias.

## MÉTODO

### *Participantes*

Se trabajó con 454 profesionales de la salud de diferentes entidades e instituciones de la República Mexicana (341 mujeres y 113 hombres) de los cuales 322 eran psicólogos, 52 médicos, y 80 de otras profesiones (trabajadores sociales, enfermeros o de otra profesión). El nivel académico mínimo fue de licenciatura y el rango de edad fue de 23 a 68 años.

Zona Norte		Zona Centro		Zona Sur	
BCS	21	DF	97	Campeche	36
Coahuila	22	Edo.Mex.	50	Chiapas	32
Sonora	16	Hidalgo	42	Guerrero	2
Tamaulipas	9	Morelos	19	Oaxaca	23
		Querétaro	1	Veracruz	65
		SLP	19		
<b>Total</b>	<b>68</b>		<b>228</b>		<b>158</b>

### *Instrumentos*

Se utilizó una Videocámara Digital de alta definición Sony®. La cual fue colocada empotrada un tripié junto a una de las paredes al frente al profesional y el usuario ficticio. La videograbación fue transferida a un formato MPG en una de las computadoras DELL® para la observación, registro y el análisis de los datos.

Guión del Usuario Ficticio. Es la información que tiene que proporcionar el usuario ficticio durante la situación, en donde él daba información cuando el profesional de la salud preguntaba, se presentaron diez estímulos, que se aprendieron de memoria. Mostraron 2 tipos conductas, descritas por Miller & Rollnick (1999), características de la etapa de contemplación del usuario, en el mismo orden: Dos conductas verbales sin resistencia (“Tengo un problema con el alcohol, ya que cuando bebo me emborracho”), dos conductas de confrontación (“¿usted en verdad tiene experiencia en esto?”), dos de desesperanza (“no creo que pueda con esto, soy un desastre y no puedo cambiar”), dos conductas de

defensa de sí mismo (“es normal que todos tomen para sentirse tranquilos y felices”) y dos auto-descalificación (“ Si no bebo no puedo divertirme ni socializar con la gente”). Terminada la situación la evaluadora agradecía la participación del usuario, daba retroalimentación sobre el apego de sus habilidades al consejo breve y se despedía del usuario. estas resistencias se repetían 3 veces o hasta llegar a los 20 minutos, se cambiaba la opción de respuesta dependiendo el numero de vuelta de cada resistencia contemplando que entre cada resistencia existían 3 sin resistencias el cual el usuario contestaba libremente. ( anexo1)

Cronometro digital electrónico con decimales de minuto.

Sistema de registro observación directa de interacción con un registro de intervalos parciales de tiempo de 15 segundos (20 minutos), con 8 categorías en donde se codifican 21 conductas que el terapeuta podría mostrar. Para medir la interacción del profesional de salud se desarrolló un instrumento de observación que permite cuantificar momento a momento la interacción del terapeuta-usuario, de acuerdo con el sistema propuesto por Chamberlain (1986), el cual es un sistema de observación diseñada para medir las conductas de interacción entre el terapeuta y el usuario durante las sesiones de tratamiento. (Anexo 2).

Sistema de registro de observación directa de las habilidades del profesional, a través de una lista cotejable de 39 conductas. La lista tiene tres posibilidades de calificación: no muestra la habilidad, en proceso y a domina. (Ver anexo 3).

Se obtuvo un 85% de fiabilidad interjueces para la puntuación de ambos registros de observación directa y también el alpha de cronbach de .90 y una varianza explicada de 75% de la lista cotejable. El análisis factorial por escalas demostró una medición valida de las mismas:(Morales et al,2013).

### *Procedimiento*

Se convocó a los participantes de la evaluación a la sede de la entidad correspondiente, donde se solicitaron espacios para realizar el proceso de



evaluación. Posteriormente, se trabajó en cubículos de las dependencias en donde las condiciones de aislamiento de ruido del tráfico interior y exterior, ventilación e iluminación eran adecuadas para realizar la situación simulada. Se acomodaron las sillas en el espacio de modo que se facilitara la interacción con el profesional de la salud. Se preparó la colocación de la cámara verificando que estuviera lista para grabar y que enfocara el espacio que ocuparía ambos profesional-usuario ficticio.

El equipo evaluador se presentó con el grupo de profesionales de la salud al cual se les describió el objetivo y el proceso de la situación simulada, después, antes de realizar la grabación se llamó individualmente a los profesionales de la salud al espacio donde se realizaba la evaluación y se les pidió que firmara una carta de consentimiento de filmación antes de realizar la grabación (ver anexo 6), garantizándoles en todo momento la confidencialidad y privacidad de los datos. Posteriormente se realizó el rapport.

Para la situación simulada se dieron las siguientes instrucciones a los profesionales:

“Lo que haremos a continuación es una situación simulada. Vamos a simular que usted atenderá a un usuario que viene a pedirle ayuda porque tiene problemas con su consumo de alcohol. Usted seguirá el proceso de atención habitual desde el saludo hasta la despedida del usuario, tratando de establecer el consejo breve con el mismo. Le pido que si en algún momento se presenta una circunstancia en la que usted no esté familiarizado, no trate de terminar la situación e intente abordarla como lo haría en situación real. Yo voy adoptar el papel de este usuario por lo que el tiempo que dure la situación mi comportamiento se apegará al de este personaje respondiendo a sus peticiones solo como usuario.” ¿Tiene alguna duda hasta aquí? Vamos a comenzar.

Después de explicarles el procedimiento y el objetivo de la situación se inició la grabación de la situación hasta terminar la situación simulada. Durante la situación: el evaluador se apegaba al guión establecido y programó el cronometro a 20 minutos. Al finalizar la situación se agradeció la participación del profesional de la salud de quien se despidió cordialmente la participación del profesional de la salud. El evaluador revisaba que la situación hubiese sido grabada correctamente

y se preparaba la siguiente situación para recibir a un nuevo profesional de la salud repitiendo los pasos anteriores.

Posteriormente se llegaba al Centro donde se realizaba la investigación y se descargaban los videos para posteriormente observarlos, registrarlos y analizarlos por 2 observadores en un solo momento como en diferentes momentos. La confiabilidad entre observadores fue de suma importancia al realizar la observación directa. Cabe mencionar que la medición de las conductas se realizo a través de una situación simulada por lo que no fue posible realizar un seguimiento.

El criterio para obtener el acuerdo entre observadores debía de ser mayor al 80%. Para obtener este dato se utilizo la siguiente fórmula:

$$(A)/(A+D)*100$$

## RESULTADOS

A continuación se describen los resultados de este trabajo. En primer lugar se presentan los datos generales de la población en cuanto a las habilidades terapéuticas y las conductas de interacción presentadas por los profesionales de la salud. Posteriormente se presentan las comparaciones por género para las habilidades terapéuticas y las conductas de interacción.

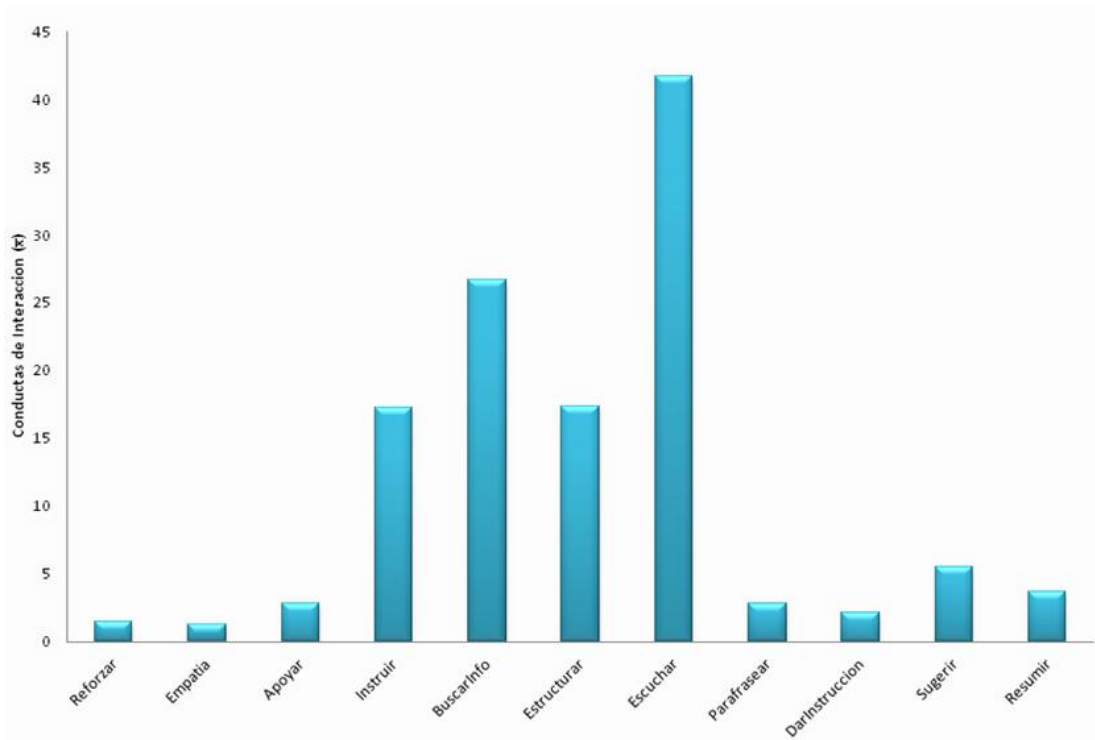
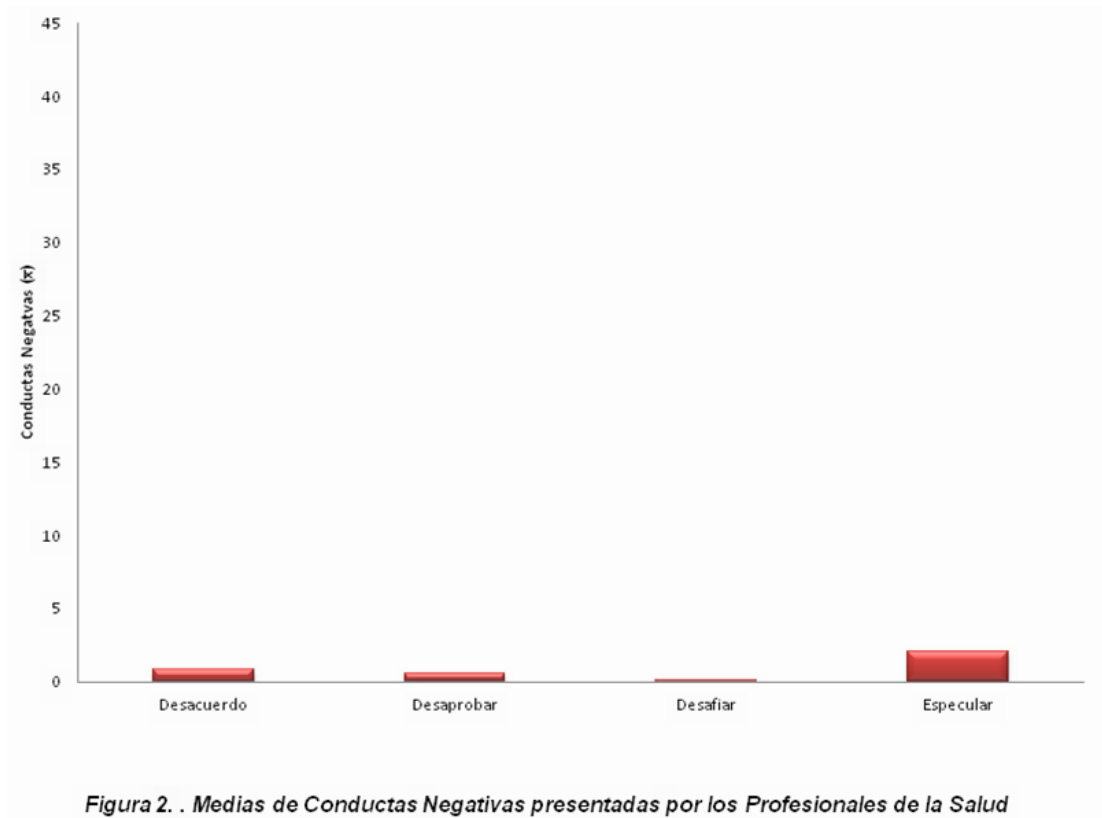


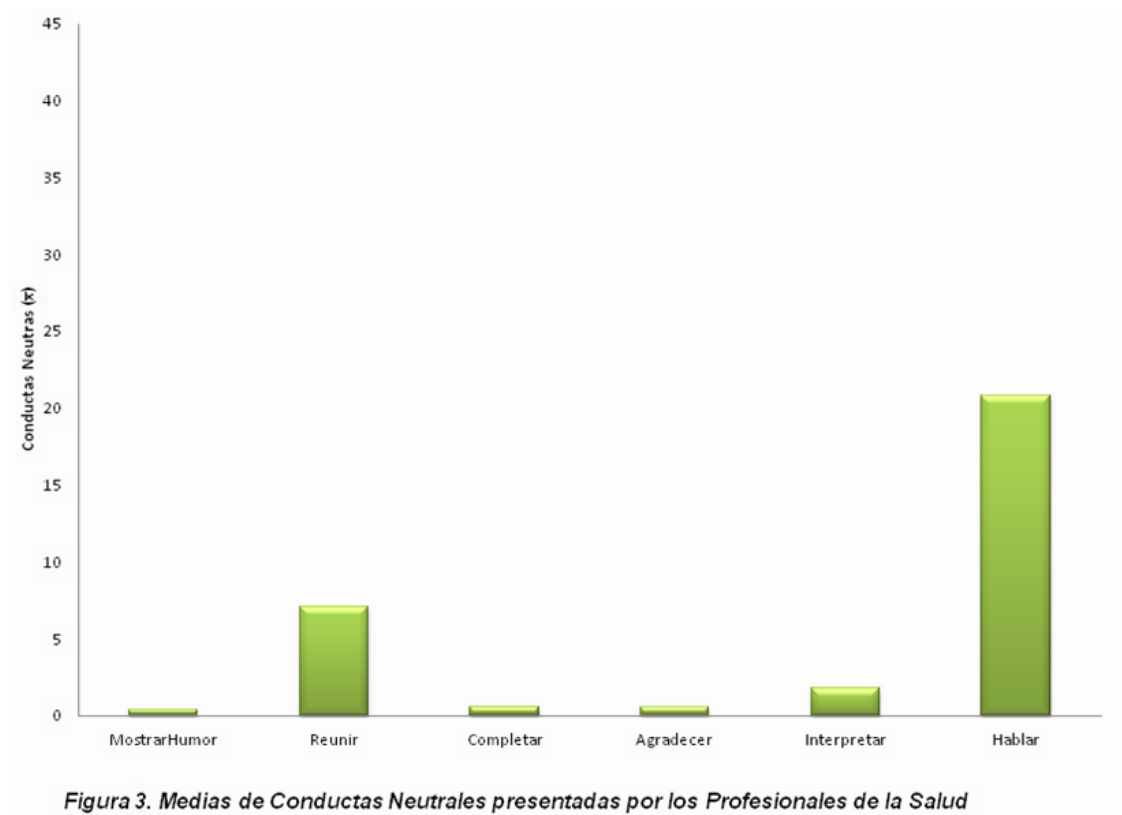
Figura 1. . Medias de Conductas Positivas presentadas por los Profesionales de la Salud

En cuanto a las conductas de interacción mostradas por los profesionales de la salud la figura 1 muestra las medias obtenidas por todos los profesionales de la salud para las conductas positivas las cuales estas conductas pueden generar un aumento en el cambio del usuario. Se observa que las conductas presentadas por los profesionales de la salud con mayor frecuencia fueron escuchar ( $\bar{x}=41.7$ ) seguida de buscar información ( $\bar{x}=26.69$ ). Las conductas de estructura e instruir se presentan casi en la misma proporción similares ( $\bar{x}=17.29$  y  $\bar{x}=17.20$ ) respectivamente. Las conductas que se presentan con menor frecuencia en los

profesionales de la salud son la conducta de empatía con una ( $\bar{x}=1.21$ ) reforzar ( $\bar{x}=1.47$ ) seguida por la conducta de dar instrucciones ( $\bar{x}=2.11$ ) y parafrasear ( $\bar{x}=2.75$ ).



En la figura 2 se observa las medias de las conductas negativas o que puedan generar una resistencia al cambio por parte del usuario. Se presentan con mayor frecuencia es la de especular ( $\bar{x} = 2.09$ ), seguida por las conductas de mostrar desacuerdo, desaprobar y desafiar con medias de 0.8492, 0.5331 y .09888 respectivamente. En cuanto a las conductas negativas presentadas por los profesionales de la salud se puede observar principalmente que se presentan en menor cantidad en comparación con las conductas positivas.



En la figura 3 se presentan las medias de estas conductas en todos los profesionales de la salud, se puede observar que los profesionales utilizan en mayor frecuencia la conducta de hablar ( $\bar{x} = 20.79$ ), reunir ( $\bar{x} = 7.05$ ) y la que se presenta con menor frecuencia es la de mostrar humor ( $\bar{x} = 0.3448$ ). Las conductas que no tienen un valor positivo o negativo a lo largo de la intervención se identificaron como conductas neutrales.

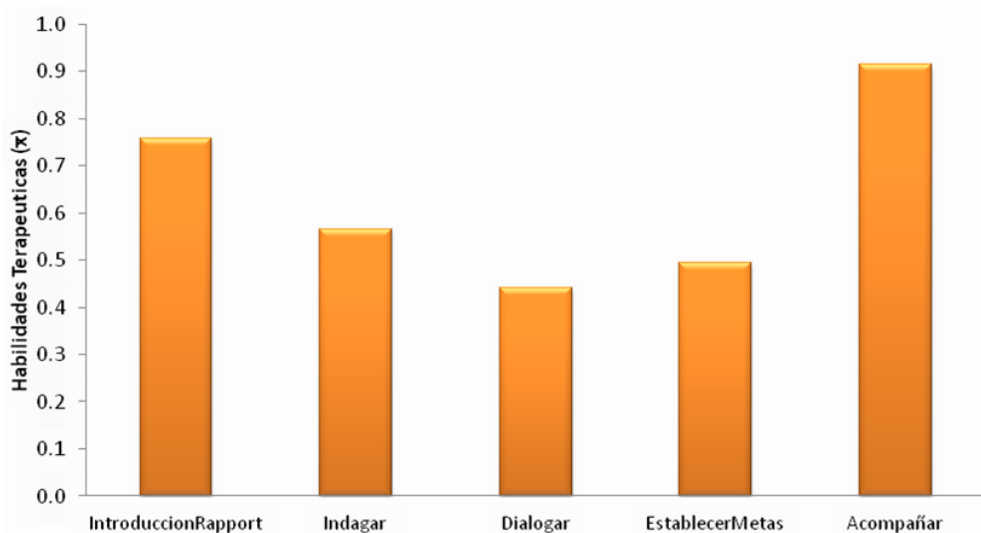


Figura 4. Medias de Habilidades Terapéuticas presentadas por los Profesionales de la Salud

En la figura 4 se observan las medias sobre las habilidades terapéuticas de los profesionales de la salud se puede observar que las conductas con mayor frecuencia fueron Habilidades de Acompañar ( $\bar{x} = .9138$ ), Introducción y Rapport ( $\bar{x} = .7576$ ), Indagar con ( $\bar{x} = .5652$ ), Establecer Metas ( $\bar{x} = .4940$ ), y finalmente Dialogar ( $\bar{x} = .4403$ ).

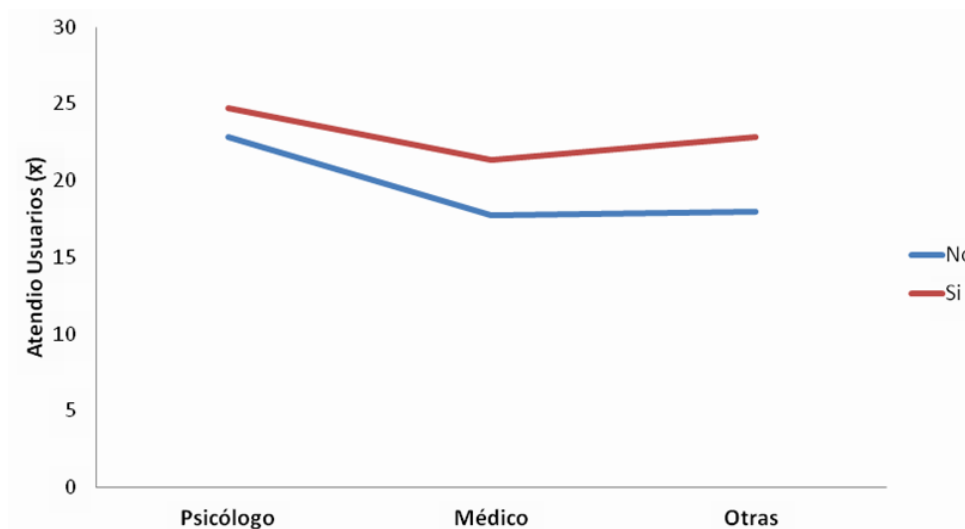


Figura 5. Muestra los promedios de Habilidades Terapéuticas en base a la Profesión y Atendió Usuarios del Profesional de la Salud.

La Figura 5 Muestra las medias en cuanto a los profesionales de la salud y la atención de usuarios se puede observar que los profesionales de la salud que si

atienden usuarios (Psicólogo  $\bar{x}$ =24.72, Médico  $\bar{x}$ =21.35 y Otras  $\bar{x}$ =22.84) obtienen una media mayor, que, los profesionales de la salud que no atienden usuarios (Psicólogo  $\bar{x}$ =22.81, Médico  $\bar{x}$ =17.71 y Otras  $\bar{x}$ =18.00) pero en los análisis estadísticos no hay diferencias significativas ( $F=5.116$ ;  $gl=2$  , $p<.005$ ).

Posteriormente, para conocer si existieron diferencias entre las mujeres y los hombres profesionales de la salud respecto a las conductas de interacción se llevo a cabo un analisis de comparación de grupos a traves de una Prueba *t de student*, los resultados se describen acontinuacion.

Conducta de Interaccion	Sexo	N	Media	F	t	Sig.
Mostrar Humor	femenino	343	.3035	7.734	-	.006
	masculino	114	.4691		1.490	
Completar	femenino	344	.5299	4.257	-	.040
	masculino	114	.7557		1.217	
Desaprobar	femenino	344	.3682	36.502	-	.000
	masculino	114	1.0305		3.618	
					-	
					2.402	

**Tabla 1. Muestra las diferencias significativas de las Conductas de Interaccion en base al Genero.**

La tabla 1, presentamos las conductas de interaccion de las mujeres y los hombres. En la mayoria de las conductas no se encontraron diferencias significativas,sin embargo en la conductas mostrar humor [ $T(455) =-1.4,p<.05$ ], completar [ $T(456)=-1.6,p<.05$ ] y desaprobar siendo una conducta negativa [ $T(456) =-3.6,p<.05$ ] si hubo diferencias significativas.

De igual manera se realizo una Prueba *U de Mann-Whitney* para saber si para las habilidades terapeuticas existian diferencias por genero.

Habilidad Terapéutica	Sexo	N	Rango Promedio	Suma de Rangos		
Indaga sobre Consecuencias Negativas	Femenino	344	221.15	76075.50	U de Mann-Whitney	<b>16735.500</b>
	Masculino	114	254.70	29035.50	W de Wilcoxon	76075.500
	Total	458			Z	-2.595
					Sig. asintót. (bilateral)	<b>.009</b>
Indaga resultado con dependencia y canaliza a centro especializado.	Femenino	344	232.26	79899.00	U de Mann-Whitney	<b>18657.000</b>
	Masculino	114	221.16	25212.00	W de Wilcoxon	25212.000
	Total	458			Z	-1.973
					Sig. asintót. (bilateral)	<b>.049</b>
Pregunta cosas para lograr su Meta	Femenino	344	235.62	81054.50	U de Mann-Whitney	<b>17501.500</b>
	Masculino	114	211.02	24056.50	W de Wilcoxon	24056.500
	Total	458			Z	-1.972
					Sig. asintót. (bilateral)	<b>.049</b>

**Tabla 2. Muestra las diferencias significativas de las Habilidades de Interaccion en base al Genero.**

En la tabla 2, se presentan las habilidades terapéuticas de mujeres y hombres. En la mayoría de las habilidades no se encontraron diferencias significativas. Sin embargo en la habilidad terapéutica indagar sobre las consecuencias negativas asociadas al consumo de la sustancia [ $z=-2.595$ ,  $p>0.05$ ], la habilidad de señalar dependencia hacia la sustancia y diagnóstico dual, canaliza a un centro especializado para el tratamiento de las adicciones [ $z=-1.973$ ,  $p>0.05$ ], y la habilidad preguntar al usuario sobre las cosas que puede hacer para lograr su meta [ $z=-1.972$ ,  $p>0.05$ ] mostrando que hay diferencias significativas en estas habilidades terapéuticas.



		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
<b>APOYO</b>	Inter-grupos	16.171	2	8.085	3.530	<b>.030</b>
	Intra-grupos	1042.211	455	2.291		
	Total	1058.382	457			
<b>BUSCARINFORMA</b>	Inter-grupos	2588.592	2	1294.296	6.214	<b>.002</b>
	Intra-grupos	94767.013	455	208.279		
	Total	97355.605	457			
<b>CONFROTAR</b>	Inter-grupos	6.564	2	3.282	3.759	<b>.024</b>
	Intra-grupos	397.294	455	.873		
	Total	403.857	457			
<b>ESCUCHA</b>	Inter-grupos	3725.834	2	1862.917	6.243	<b>.002</b>
	Intra-grupos	135765.090	455	298.385		
	Total	139490.924	457			

**Tabla 3. Se presentan las diferencias significativas de las Conductas de Interacción con la Profesión.**

La tabla 3, presentamos las conductas de interaccion en funcion de la profesion del participante. En la mayoria de las conductas de interaccion no se encontraron diferencias significativas. Sin embargo en las conductas de interaccion apoyo [F=3.530,gl.=2p>0.05], buscar información [F=6.214,gl.=2 p>0.05], confrontar [F=3.759,gl.=2p>0.05] y escucha [F=6.243,gl.=2p>0.05] mostrando que hay diferencias significativas en estas conductas de interaccion.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El objetivo del presente trabajo fue identificar y describir las conductas de interacción y habilidades terapéuticas de los profesionales de la salud ante un usuario ficticio consumidor de alcohol.

En cuanto a las conductas de interacción positiva presentadas por los profesionales fueron Escuchar, Buscar Información, Estructurar, Instruir, Empatía, Reforzar y por último Dar Instrucciones, siendo de gran importancia estas conductas ya que es una tarea del profesional reforzar las conductas del usuario de manera no verbal y de forma verbal mediante escucha reflexiva con una frase de comprensión y apoyo (Miller, 1999), las primeras 3 conductas positivas mencionadas coinciden con investigaciones previas las cuales están conductas del terapeuta pueden favorecer al cambio de los usuarios durante las sesiones al igual que las conductas del terapeuta como el confrontar favorecen la resistencia en el usuario, mientras que aquellas como: enseñar, apoyar o preguntar estuvieron menos relacionadas con la resistencia del usuario durante las sesiones (Pérez, 2002). Posteriormente en cuanto a las conductas negativas presentadas por los profesionales de la salud (especular, mostrar desacuerdo, desaprobar y desafiar), cabe mencionar que el porcentaje más alto que se obtuvo en estas conductas fue especular esto es importante ya que como menciona Chamberlain el 50% de los casos el usuario abandona el tratamiento cuando el profesional de la salud utiliza estas conductas, además de que puede generar una resistencia en el usuario (Chamberlain, 1986).

En el caso de las Habilidades Terapéuticas, la que mejor dominan los profesionales de la salud la habilidad es acompañar, donde se proporciona información respecto al tratamiento que el usuario va a recibir, el desarrollo de las sesiones, dar retroalimentación sobre los cambios que el usuario va teniendo respecto a su conducta adictiva, además de generar un ambiente en donde la relación terapeuta-usuario es importante para los avances durante el tratamiento,

con la finalidad de favorecer la adherencia y la menor habilidad que están en proceso es Dialogar la cual explica al usuario sin hacer juicios de valor sobre las consecuencias asociadas al consumo, relaciona el hecho del desarrollo del comportamiento adictivo, el uso, abuso y dependencia, se toman medidas y se previenen los problemas que han o pueden tener por consumir alcohol u otras sustancias de acuerdo a lo que el usuario va mencionando.

En cuanto a las habilidades terapéuticas del profesional de la salud en base a su profesión y su experiencia en la atención de usuarios, se compararon a los profesionales que habían atendido usuarios con profesionales que no habían atendido usuarios, en donde los profesionales que si habían atendido usuarios mostraron un mayor porcentaje en comparación de los profesionales que no habían atendido usuarios. Sin embargo los análisis estadísticos no mostraron diferencias significativas.

En base a los análisis estadísticos pudimos solamente encontrar diferencias significativas entre el Género y las Conductas de Interacción en Mostrar Humor a una conducta que puede estar relacionada con el inicio de las sesiones, para establecer un ambiente agradable y de confianza. La conducta de completar finalmente Desaprobar la cual es una conducta negativa en donde resaltar de manera directa una característica negativa o defecto del usuario la cual como mencionábamos anteriormente mostrar este tipo de conducta crea más resistencia en el usuario.

En cuanto a diferencias entre el Género y las Habilidades Terapéuticas se encontraron solo 3 habilidades terapéuticas significativas: Indagar sobre las consecuencias negativas asociadas al consumo de la sustancia indaga sobre consecuencias negativas en el área laboral, familiar, social, económica etc., si el resultado del instrumento señala dependencia hacia la sustancia y diagnostico dual, canaliza a un centro especializado en el tratamiento de las adicciones y por último, pregunta sobre cosas que hará para lograr la meta.

De igual manera se puede comprender a profundidad el fenómeno de las conductas de interacción y habilidades terapéuticas , lo cual hace falta un largo camino que pasaría por la creación de un sistema de categorización de la conducta del cliente ya la mayoría de los estudios se concentra en las habilidades clínicas del profesional y dejando de lado el comportamiento de los usuarios de los servicios que presta el profesional, se ha considerado a veces como un elemento central y a veces único en la interacción verbal con la relación terapeuta-usuarios (algo imprescindible para comprobar el verdadero valor funcional de las conductas observadas en sesión y para llevar a cabo un auténtico análisis de la interacción terapeuta-usuario), la incorporación del comportamiento no verbal o en su caso definir mas minuciosamente las conductas de interacción operacionalmente, la evaluación de los resultados del tratamiento, la introducción de análisis discriminantes y secuenciales en la línea propuesta por otros autores interesados en el estudio de la relación terapéutica (Follette, Naugle & Callaghan, 1996; ), o el estudio de otros enfoques psicoterapéuticos.

Sin embargo, estamos convencidos de que el establecimiento de una sólida base metodológica es el pilar fundamental sobre el que construir cualquier tipo de aproximación científica al análisis del proceso terapéutico. También se espera haber contribuido con esta investigación en reducir el vacío existente en el área en de las conductas de interacción y las habilidades terapéuticas de los procedimientos que llevan al desarrollo de sistemas de categorización que permitan el estudio observacional ya que la observación directa fue una metodología elemental e indispensable para la recolección de información ya que consistía en un registro sistemático, válido y confiable de las conductas de interacción y habilidades terapéuticas observadas. De la cual la observación directa fue esencial para cuantificar las conductas y habilidades, la cual a la larga podamos crear patrones de cadenas conductuales en las conductas de interacción y habilidades terapéuticas para que podamos potencializar el tratamiento en base

a las necesidades del usuario utilizando las habilidades y conductas de interacción específicas y adecuadas para el usuario.

Sería importante mencionar la funcionalidad de las conductas de interacción como las habilidades terapéuticas varían a medida que cambia lo que el clínico hace o pretende hacer en sesión (evaluar, explicar, entrenar/tratar o consolidar los cambios). Este hecho podría estar señalando la existencia de ciertos mecanismos de aprendizaje que se pondrían en marcha a partir de la interacción entre terapeutas y clientes en distintos momentos de la terapia y que podrían ser, en alguna medida, responsables del cambio clínico

Por otro lado es importante estudiar la motivación en terapia, en lugar de inferir estados internos en los clientes, debemos centrarnos en el estudio de cómo se alteran determinadas funciones a través de las conductas de interacción del terapeuta. Es decir, estudiar el efecto motivador de la exposición del cliente a determinados estímulos apetitivos o aversivos durante el transcurso de la sesión.

Por otra parte, los resultados fueron consistentes con la expectativa de que habría un alto porcentaje en el uso de habilidades terapéuticas y conductas de interacción de los profesionales de la salud que manejan ante la mejoras después del entrenamiento, aunque éstos no alcanzaron significación estadística.

Cabe mencionar que esta investigación fue de gran importancia ya que como mencionábamos anteriormente la problemática en el campo en adicciones sigue en aumento fue por eso importante conocer que conductas de interacción y habilidades terapéuticas manejan los profesionales de la salud en la república mexicana y a partir de este tipo de investigaciones tratar de generar alternativas en cuanto a tratamientos y una buena relación entre terapeuta-usuario.

Los resultados de esta evaluación fue una situación simulada donde se observaron habilidades terapéuticas y conductas de interacción por lo que

quedaría en pie que este tipo de situaciones se observen con usuarios reales. El tamaño de la muestra de este grupo fue grande por la que pudimos detectar cambios estadísticamente.

Evidentemente, la línea de investigación queda abierta con la creación de una metodología como la que se presento ya que hablar de conductas de interacción y habilidades terapéuticas se encuentra aún en una etapa muy inicial de desarrollo y de la utilidad de un sistema de categorización de las conductas, eso se noto en esta investigación ya que fue un análisis puramente descriptivo de varios tipos de conductas de interacción, habilidades terapéuticas y con la observación de tan sólo uno de los miembros de la diada terapeuta-usuario, el profesional de la salud y dentro de un enfoque clínico concreto la terapia cognitivo-conductual que debe seguir constituyendo la esencia de la Psicología científica y experimental. Aún falta mucho camino por recorrer antes de que podamos dar respuesta a todos los interrogantes planteados, pero nuestros esfuerzos deben dirigirse hacia la resolución de los mismos, no sólo porque eso nos permitiría comprender mejor el fenómeno psicoterapéutico y los mecanismos de cambio que operan en la clínica, sino también porque este conocimiento teórico nos acercaría a la identificación y propuesta de formas de proceder en terapia más eficientes.

## REFERENCIAS

- Alarcón, J. (2009). Epidemiología: concepto, usos y perspectivas. *Revista Peruana de Epidemiología*, 1, 1-3. Consultado de la base de datos RPE online.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. D. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Bass, A. (2007). When the frame doesn't fit the picture. *Psychoanalytic Dialogues*, 17(1), 1-27.
- Beaglehole, R., Bonita, R. y Kjellstrom, T. (1994). *Epidemiología básica*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Beck, T. A., Wright, D. F., Newman, F. C. & Liese, S. C. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. España: Paidós.
- Boardman T., Catley D., Grobe J., Little T. & Ahluwalia J.(2006). *Using motivational interviewing with smokers: Do therapist behaviors relate to engagement and therapeutic alliance*. *Journal of Substance Abuse Treatment* 329- 339.
- Bordin, E. S (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Castonoguy, L. G. & Beutler, L. E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and technique factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 631-638.
- Chamberlain, et al., (1986), El código del proceso terapéutico: Un sistema multidimensional para la observación de las interacciones de del usuario y el terapeuta. (pp. 189-217).
- Cormier, W. y Cormier, L. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas: Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1991.) Caps. 26 y 20.
- Cruz S. Los efectos de las drogas. De sueños y pesadillas. México Trillas, 2007

- Díaz, B. y García-Aurrecochea, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 4, 223-232. Consultado en la base de datos SciELO-Health Public.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., y Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioural understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.
- Froján, M.X., Calero, A., y Montano, M. (2006). Procesos de aprendizaje en las técnicas de reestructuración semántica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(143), 287-305.
- Froján, M.X., Calero, A., y Montano, M. (en prensa). Analysis of the therapist's verbal behavior during cognitive restructuring debates. A case study. *Psychotherapy Research*.
- Froján, M.X., Calero, A., Montano, M., y Garzón, A. (2006). *Sistema de codificación de la conducta verbal del terapeuta*. Manuscrito no publicado. Universidad Autónoma de Madrid.
- Froján, M.X., Montano, M., y Calero, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema*. 18, 797-803.
- Goffman, E. (1974). *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. Boston: Northeastern University Press.
- Hamilton, S. A. (1988). Behavioral formulations of verbal behaviour in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 8, 181-193.
- Hayes, S. C., Follete, W. C. y Follete, V. M. (1995). Behavior therapy: Acontextual approach. En A.S. Gurman y S.B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies. Theorie and practice* (pp. 128-181). Nueva York: Guilford Press.



Hudelson, P. M. (1994). *Qualitative Research for Health Programmes*. Geneva: World Health Organization.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero -Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M,, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C, y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx), [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx), [www.cenadic.salud.gob.mx](http://www.cenadic.salud.gob.mx), [www.insp.mx](http://www.insp.mx).

Iwata, B.A., Smith, R.G., y Michael, J. (2000). Current research on the influence of establishing operations on behavior in applied settings. *Journal of Applied Behavior Analysis Special Issue: Establishing Operations in Applied Behavior Analysis*, 55(4), 411-418.

Kanfer, F.H. (1992). Métodos de autogestión. En RH. Kanfer y A.P Goldstein (Eds.): *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia. Un manual de métodos* (2ª ed., pp. 411-476). Bilbao: Desclée de Brouwer (Orig. 1975).

Karson, M. (2008). *Deadly therapy: Lessons in liveliness from theater and performance theory*. Lanham, MD: Jason Aronson.

Kazdin, A. E. (1991). Sobre los aspectos conceptuales y empíricos de la terapia de conducta. En Caballo, V. (comp.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 27-50). Madrid: Siglo XXI.

Kazdin, A. E. (1977). Assessing the clinical or applied significance of behavior change through social validation. *Behavior Modification*, 1, 427-452.

Kazdin, A. E. (2009). *Understanding how and why psychotherapy leads to change* *Psychotherapy Research*; 19, 418-428

Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. Nueva York: Plenum Press.

- Kozel, N. (1992). Métodos integrales cuantitativos y cualitativos para el estudio del abuso de drogas. En *Las adicciones hacia un enfoque multidisciplinario* (pp.125-33). México: Secretaría de Salud.
- Langs, R.J. (1978). *The listening process*. New York: Jason Aronson.
- Levensky, E.R. (2003). Motivational interviewitig. En W. O'Donohue, J.E. Fisher y S.C. Hayes (Eds.): *Cognitive behavior therapy* (pp. 252-260). New Yersey: JohniWiley y Sons.
- Lorenzo, P. (2009). *Drogodependencias, farmacología, patología, psicología, legislación*. España: Panamericana.
- Martínez, K., Pedroza, F., Vacío, M., Jiménez, A. & Salazar, M. (2008). Consejo Breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34, 247-264.
- Martínez, K., Salazar, M., Pedroza, F., Ruiz, G. & Ayala, H. (2008). Resultados prelimares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otra drogas. *Salud Mental*, 31, 119-127.
- Meichenbaum, D., y Turk, D.C. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos guía práctica para los profesionales de la salud*. Bilbao: Declée de Brouwer (Orig. 1987)
- Miller, W.R. (1996).<sup>1</sup> Motivational interviewing: Research, practice and puzzles. *Addictive^ Behaviors*, 21(6), 835-842.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (2a. ed.). New York: Guilford Press.
- Monjas, M. I. (1993). Programa de enseñanza de habilidades de interacción social. Valladolid: Trilce.
- Montaño, M., Calero, A., Garzón, A., y Froján, M.X. (2006, septiembre). Análisis de las funciones del lenguaje verbal en el proceso terapéutico. En M.X. Froján (coordinadora): *¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio del proceso*

*terapéutico desde distintas perspectivas*. Simposium presentado en el VIII Congreso Internacional sobre el Estudio de la Conducta, Santiago de Compostela, España.

Morales, C. S. (2012). Las habilidades metodológicas y conceptuales en el quehacer cotidiano de la ciencia del comportamiento. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 4 (2), 126-129.

Morales, C. S., Martínez, M. K. I., Carrascoza, V. C. A., Chaparro C. A. A. & Martínez, R. M. J. (en prensa). Evaluación de habilidades de consejo breve en el ámbito de las Adicciones. *Health and Adictions*, 13, (2).

Morales, C. S. & Vazquez, P. F. (2011). Evaluación de conocimientos sobre habilidades de manejo conductual infantil en profesionales de la salud. *Acta de Investigación Psicológica*, 1 (3), 428-440.

Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. In Norcross, J. D. (Ed), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness of patients*. New York: Oxford University Press.

Pérez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.

Rollnick, S., Mason, P., y Butler, C. (2000). *Health behaviour change: A guide for practitioners*. Edinburgh, Scotland: Churchill/Livingstone.

Rollnick, S., y Miller, W.R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325-334.

Rosenfarb, I. S. (1992). A behaviour analytic interpretation of the therapeutic relationship. *Psychological Record*, 42, 341-354.

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.

Rotgers, F. (2004). Motivational interviewing. In A. Freeman (Ed.): *Encyclopedia of cognitive behavior therapy* (pp. 253-256). New York: Springer.

Ruiz Fernández, M.A. (1994). *Habilidades terapéuticas*, Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Ruiz Fernández, M.A. (1998). Habilidades terapéuticas. En M.A. Vallejo Pareja (Ed.); *Manual de terapia de cotiducta* (pp. 83-131). Madrid; Dykinson.

Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Nueva York: Appelton-Century-Crofts.

Tavera, R. S. & Martínez, R. M. J. (2008). *Guía para promotores Nueva vida en Consejo breve: IDEAS*. México: CONADIC.

Watzlawick, P., Bavelas, J.B., and Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.

Weinberger, J. (2002). Short paper, large impact: Rosenweig's influence on the common factors movement. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 67-76.

*Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La Ciencia de la Adicción*. (2009). Consultado en septiembre de 2010 de <http://www.drugabuse.gov/scienceofaddictionSP/>

## ANEXOS

### ANEXO 1. Guión del Usuario Ficticio

TERAPEUTA (ASPIRANTE)		USUARIO FICTICIO	
Saludo		Saludo	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	Tengo un problema de alcohol.
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	Cundo tomo me emborracho y al día siguiente olvido lo que paso.
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	Despierto con dolor de cabeza y mis amigos me dicen que se ha vuelto un problema.
Proporciona información	Pregunta	<b>CONFRONTACION 1</b>	Espera tengo que preguntarle algo, ¿usted tiene experiencia en esto? O ¿Por qué creé que puede ayudarme?
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	<b>DESESPERANZA 1</b>	Mire voy a ser honesto con usted, vine a pedir ayuda pero no creo que pueda con esto soy un desastre y no puedo cambiar.
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	<b>DEFENDERSE A SI MISMO 1</b>	Mire tomo porque es algo normal salir a una fiesta y beber unas copas ya que todos lo hacen. Así que no es mi culpa tener este problema.
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	<b>SALIRSE DEL TEMA 1</b>	Ha oiga, ¿Dónde compre su blusa/camisa. Esta muy bonita, ya va a ser el cumpleaños de una amiga/amigo y que conozco de hace tiempo y tenemos la costumbre de regalarnos cosas lindas. Me gustaría comprarle una -- como la suya ¿Cuánto le costó?
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	<b>NO RESPONDER 1</b>	Espera 5 segundos y decir "la verdad no quiero hablar de eso".
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	<b>INCONGRUENCIA 1</b>	Nunca he perdido la memoria a causa del alcohol.
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	

Proporciona información	Pregunta	<b>INDUCCIÓN 1</b>	Entonces doctor (a) ¿Tengo que dejar de tomar?
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	<b>INDUCCIÓN 2</b>	Elegir la respuesta en relación al establecimiento de metas, y ¿Qué puedo hacer en la siguiente fiesta para no tomar? y ¿Qué puedo hacer en la siguiente fiesta para tomar menos?
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	<b>CONFRONTACION 2</b>	Pero espere, ¿A qué va todo esto? ¿De verdad sirve de algo que me haga tantas preguntas? ¿A todo el mundo le pregunta tanto?
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	<b>DESESPERANZA 2</b>	Soy muy débil no sé ni siquiera porque lo intento
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	<b>DEFENDERSE A SI MISMO 2</b>	A ver antes de seguir quiero que quede claro que si a veces me paso un poco de copas no es mi culpa , cuando voy a una fiesta el alcohol está ahí listo para que yo lo disfrute .
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	<b>SALIRSE DEL TEMA 2</b>	Disculpe que insista con lo mismo pero de verdad me gusto su blusa/camisa, ¿Dónde la compro?
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	<b>NO RESPONDER 2</b>	Espera 5 segundos y decir "¿Qué pregunto?"
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	<b>INCONGRUENCIA 2</b>	Si no bebo no puedo socializar con la gente.
Proporciona información	Pregunta	<b>CONFRONTACION 3</b>	Que pregunta/ comentario Tan tonta ¿De verdad es terapeuta?
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	

Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	<b>DESESPERANZA 3</b>	No voy a poder controlar mi adicción.
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	<b>DEFENDERSE A SI MISMO 3</b>	Tomo porque es normal tomar para sentirse feliz todos lo hacen.
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	<b>SALIRSE DEL TEMA 3</b>	Disculpe que insista con lo mismo pero de verdad me gusto su blusa/camisa, ¿Cuándo la compro?
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	<b>NO RESPONDER 3</b>	Espera 5 segundos y decir "¿ha?"
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	SIN RESISTENCIA	
Proporciona información	Pregunta	<b>INCONGRUENCIA 3</b>	Probablemente bebo más de 10 copas por ocasión no llevé la cuenta.

## ANEXO 2.

Categoría/ Tiempo	parafrasear	reforzar	mostrar humor	mostrar empatía	apoyar	reunir	completar	agradecer	instruir	dar instrucciones	sugerir	buscar info.	estructurar	resumir	mostrar desuerdo	desaprobar	desafiar	interpretar	especular	hablar	escuchar	
0"-15"																						
16"-30"																						
31"-45"																						
46"-1'																						
1'1"-1'15"																						
1'16"-1'30"																						
1'31"-1'45"																						
1'46"-2'																						
2'1"-2'15"																						
2'16"-2'30"																						
2'31"-2'45"																						
2'46"-3'																						
3'1"-3'15"																						
3'16"-3'30"																						
3'31"-3'45"																						
3'46"-4'																						
4'1"-4'15"																						
4'16"-4'30"																						
4'31"-4'45"																						
4'46"-5'																						
5'1"-5'15"																						
5'16"-5'30"																						
5'31"-5'45"																						
5'46"-6'																						
6'1"-6'15"																						
6'16"-6'30"																						
6'31"-6'45"																						
6'46"-7'																						
7'1"-7'15"																						
7'16"-7'30"																						
7'31"-7'45"																						
7'46"-8'																						
8'1"-8'15"																						
8'16"-8'30"																						
8'31"-8'45"																						
8'46"-9'																						
9'1"-9'15"																						
9'16"-9'30"																						
9'31"-9'45"																						
9'46"-10'																						
10'1"-10'15"																						



Categoría/ Tiempo	parafrasear	reforzar	mostrar humor	mostrar empatía	apoyar	reunir	completar	agradecer	instruir	dar instrucciones	sugerir	buscar info.	estructurar	resumir	mostrar descuerdo	desaprobar	desafiar	interpretar	especular	hablar	escuchar	
10'16"-10'30"																						
10'31"-10'45"																						
10'46"-11'																						
11'1"-11'15"																						
11'16"-11'30"																						
11'31"-11'45"																						
11'46"-12'																						
12'1"-12'15"																						
12'16"-12'30"																						
12'31"-12'45"																						
12'46"-13'																						
13'1"-13'15"																						
13'16"-13'30"																						
13'31"-13'45"																						
13'46"-14'																						
14'1"-14'15"																						
14'16"-14'30"																						
14'31"-14'45"																						
14'46"-15'																						
15'1"-15'15"																						
15'16"-15'30"																						
15'31"-15'45"																						
15'46"-16'																						
16'1"-16'15"																						
16'16"-16'30"																						
16'31"-16'45"																						
16'46"-17'																						
17'1"-17'15"																						
17'16"-17'30"																						
17'31"-17'45"																						
17'46"-18'																						
18'1"-18'15"																						
18'16"-18'30"																						
18'31"-18'45"																						
18'46"-19'																						
19'1"-19'15"																						
19'16"-19'30"																						
19'31"-19'45"																						
19'46"-20'00"																						

## ANEXO 3. Sistema de registro de observación directa de las habilidades del profesional

### LISTA COTEJABLE IDEAS

FOLIO \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_

OBSERVADOR \_\_\_\_\_ CONFIABILIDAD \_\_\_\_\_

No.	RAPPORT E INTRODUCCIÓN CON LA SESIÓN Se refiere a crear un ambiente de cortesía entre terapeuta-usuario, en donde el contacto verbal favorece la interacción y la comunicación.	No lo realizó	En proceso	Lo domina
1	<p><u>Establece un ambiente de confianza.</u> El terapeuta se presenta ante el usuario.</p> <p>Hace preguntas abiertas y/o generales, como: <i>“¿Qué tal el calor? ¿Le costó trabajo llegar hasta aquí? ¿Cómo este centro?”</i></p> <p>Explica lo que trabajaran en la sesión, por ejemplo: <i>“Mira el día de hoy te voy a hacer unas preguntas para conocer más acerca de la problemática que me comentas y si te parece bien, ver el tratamiento idóneo para ti”.</i></p> <p><i>-El terapeuta se presenta y hace preguntas. LO DOMINA</i> <i>-Solo realiza alguna de las anteriores EN PROCESO</i></p>			
2	<p><u>Establece un ambiente de confidencialidad e informa que la sesión no tiene implicación legal.</u> El terapeuta aclara al usuario que toda la información que proporcione será manejada con reserva, respeto y profesionalismo y que puede hablar de lo que él considere pertinente, que no tendrá ningún problema con la ley.</p> <p><i>“Siéntete con toda la confianza de hablar en la sesión, todo lo que tú compartas aquí se manejará con discreción y confidencialidad, así que no te preocupes”. “Es importante comentarte que debido a la confidencialidad que se maneja en las sesiones, no tendrás ninguna implicación con la ley por lo que tu tratamiento puede llevarse sin ningún problema”.</i></p> <p><i>-Confidencialidad y Ninguna implicación legal LO DOMINA</i> <i>-Solo una de las anteriores EN PROCESO</i></p>			
3	<p><u>Evita hacer juicios de valor con respecto al consumo de sustancias.</u> El terapeuta no juzga ni critica al usuario por su consumo. Por ejemplo: <i>Usuario: “Ay Doctor! Me da pena, creo que tomo demasiado”. Terapeuta: “A que te refieres con que tomas demasiado?, que te parece si me lo comentas y después de ciertas preguntas y evaluaciones determinamos esto, lo importante es que te estás atendiendo así que no te preocupes”</i> <i>-Ningún comentario negativo respecto al consumo.</i></p>			
4	<p><u>Le ofrece al usuario la posibilidad de externar sus dudas e inquietudes.</u> El terapeuta le comenta al usuario que es importante que externar sus dudas, inquietudes, comentarios o preguntas, en cualquier momento de la sesión. Por ejemplo: <i>“Si durante algún momento de la sesión te sientes incomoda o tienes alguna duda puedes preguntarme o hacerme saber tu inquietud, es fundamental que todo te quede claro”.</i></p>			
	<p><b>INDAGAR</b> <b>Obtener información acerca de la conducta de consumo de sustancias adictivas, de tal manera que se pueda identificar, cual es la sustancia e mayor impacto y el nivel de consumo, así como, las situaciones de riesgo en las que consume el usuario (eventos, personas y lugares) y la frecuencia con que lo hace; además de determinar las consecuencias tanto positivas como negativas que están asociadas al consumo, se investiga también si la persona ha intentado modificar su consumo anteriormente y si ha tenido tratamientos previos y las razones por querer tomar un tratamiento ahora.</b></p>			

		No lo realizó	En proceso	Lo domina
5	<p><u>Identifica el nivel de consumo o dependencia aplicando el cuestionario que corresponde (tabaco/alcohol/drogas).</u></p> <p><i>"Para conocer tu nivel de dependencia de la sustancia es importante aplicarte algunos instrumentos que nos permiten identificarlo de forma precisa, por lo que llevaremos a cabo una sesión de evaluación, en ella te explicaré cada una de las pruebas y su objetivo, por lo que si tienes dudas, házmelas saber, ¿de acuerdo?"</i></p>			
6	<p><u>Identifica el nivel de consumo o dependencia sin aplicar cuestionarios.</u></p> <p>El terapeuta hace preguntas: <i>"Me dices que consumes alcohol, ¿cuántas copas tomas por ocasión, entre copa y copa cuánto tardas en tomar cada copa, más o menos cuánto tiempo inviertes en el consumo?"</i>. Esto mismo se hace si fueran drogas.</p> <p>-Pregunta número de copas y qué días consume LO DOMINA</p> <p>-Solo una de las anteriores EN PROCESO</p>			
7	<p><u>Indaga en qué situaciones consume con mayor frecuencia:</u></p> <p><b>Eventos:</b> <i>"Algunos usuarios me han comentado que cuando hay fiestas, cumpleaños o días específicos de la semana llegan a consumir, ¿tú cuando lo haces, qué te parece si me hablas de eso?"</i></p> <p><b>Personas:</b> <i>"¿Tus amigos suelen consumir contigo, o algún familiar, o son sólo conocidos?"</i></p> <p><b>Lugares:</b> <i>"¿Sueles consumir en lugares públicos o privados como bares, casa, oficina, hay algún punto de reunión que frecuentes?"</i></p> <p>Sensaciones físicas: <i>"Si te sientes ansioso, con dolor de cabeza, mareado, con manos temblorosas, ¿consumes, has identificado esas sensaciones?"</i></p> <p><b>Estados emocionales:</b> <i>"Si te sientes enojado, triste, desesperado ¿consumes?"</i></p> <p><b>Pensamientos:</b> <i>"Has identificado pensamientos negativos, como nada me sale bien, soy un fracaso, no puedo resolver mis problemas, mejor me voy a consumir para no pensar más y ¿sueles consumir?"</i></p> <p>-Indaga sobre eventos, personas, lugares, estados emocionales y pensamientos LO DOMINA</p> <p>-Solo algunas de las anteriores EN PROCESO</p>			
8	<p><u>Indaga sobre cambios en el comportamiento o sensaciones especiales asociadas al consumo:</u></p> <p><i>"Has notado si andas irritable, con ansiedad, más triste de lo normal, llegas tarde al trabajo, ya no te arreglas como antes, tus amistades o familia te han dicho que has cambiado, que antes eras mas atento"</i></p> <p>-Si indaga como se siente antes y después del consumo LO DOMINA</p> <p>-Solo una de las anteriores EN PROCESO</p>			
9	<p><u>Indaga sobre las consecuencias negativas asociadas al consumo de la sustancia.</u></p> <p><i>"Has tenido problemas por tu consumo con tu familia, tu novia, en la escuela, en el trabajo, en tu salud, ellos te han comentado algo o tu mismo te has dado cuenta, quizá te has percatado de que ya no te concentras igual, se te olvidan las cosas, andas enojado, te han llevado preso, gastas más de lo que tienes".</i></p> <p>-Indaga sobre consecuencias negativas en el área laboral, familiar, social, económica LO DOMINA</p> <p>-Solo indaga en 1 o 2 EN PROCESO</p>			
10	<p><u>Indaga sobre intentos previos por modificar su consumo.</u></p> <p><i>"En algún otro momento ¿has tomado tratamiento, has estado internado, ha habido días o meses previos en los que nos has consumido?"</i></p> <p>-Si solo pregunta si en otro momento ha intentado modificar el consumo EN PROCESO</p> <p>-Si además de eso pregunta si ha necesitado internamiento o ha asistido a otro centro LO DOMINA</p>			
11	<p><u>Indaga sobre motivos para modificar el consumo</u></p> <p><i>"En aquella ocasión, ¿qué te motivo a dejar de consumir, alguien lo hizo o tú mismo lo decidiste?"</i></p> <p>-Si da un reforzador al motivo que exprese la usuaria LO DOMINA</p> <p>-Si solo indaga en el motivo EN PROCESO</p>			
12	<p><u>Si el resultado del instrumento señala dependencia hacia la sustancia y diagnóstico dual, canaliza a un centro especializado en el tratamiento de las adicciones.</u></p> <p><i>"Es importante que para que tengas un tratamiento integral acudas también de forma conjunta, a psiquiatría para que puedan tratar los problemas asociados a depresión y ansiedad y esto te permita sentirte mejor, esto lo hacemos por tu bienestar por lo que no te sientas incómodo, te canalizaremos con profesionales que además tratan adicciones".</i></p> <p>-Si da toda la explicación detallada con anterioridad LO DOMINA</p> <p>-Si solo dice que es probable que necesite tratamiento farmacológico EN PROCESO</p>			

	<b>DIALOGA</b> Explica al usuario sin hacer juicios de valor sobre las consecuencias asociadas al consumo, relacionándolas con el hecho de que el desarrollo del comportamiento adictivo inicia por el uso, continua con el abuso hasta llegar a la dependencia, por esta razón resalta la importancia de tomar medidas y prevenir los problemas que ha o puede tener por consumir alcohol u otras sustancias de acuerdo a lo que el usuario va mencionando de su consumo (el usuario ira tomando el rumbo de la sesión, mientras el terapeuta da la explicación a lo que él menciona).			
		No lo realizó	En proceso	Lo domina
13	<u>Informa al usuario sobre los resultados obtenidos en el cuestionario.</u> Da al usuario los resultados obtenidos del cuestionario aplicado. Ejemplo: <i>“Bueno, gracias al cuestionario que acabas de contestar, nos ha permitido conocer tu nivel de consumo de alcohol, por medio de este instrumento podemos darnos cuenta que tienes un nivel de dependencia moderado por lo que es muy importante que no sigas exponiéndote al consumo ya que puedes tener consecuencias negativas”.</i>			
14	<u>Dialoga sobre las consecuencias a corto plazo asociadas al consumo de alcohol y/o drogas.</u> Explica al usuario los problemas a corto plazo como la cruda, discusiones familiares, mala coordinación, accidentes automovilísticos, relaciones sexuales no deseadas, disminución del rendimiento escolar; ejemplo: <i>¿Podrías comentarme acerca de las consecuencias negativas de tu consumo?, efectivamente las consecuencias a corto plazo van desde un dolor de cabeza, mareos, náuseas lo que comúnmente conocemos como cruda, así como discusiones familiares, peleas, etc”.</i> -Si explica todas las áreas LO DOMINA -Si solo menciona algunas áreas EN PROCESO			
15	<u>Dialoga sobre las consecuencias a largo plazo asociadas al consumo de alcohol y/o drogas.</u> Explica al usuario los problemas a largo plazo como problemas de salud (cánceres, enfermedades vasculares), abandono escolar o laboral, separación familiar, robos. Ejemplo: <i>“Las consecuencias que hemos mencionado ocurren a corto plazo, sin embargo estos problemas pueden progresar hacia consecuencias más desagradables, te pondré un ejemplo: nuestro hígado es capaz de metabolizar una copa por hora, así que cuando consumimos más nuestro organismo se esfuerza demasiado lo que puede desencadenar enfermedades como la cirrosis”.</i>  -Si explica todas las áreas y además da una retroalimentación LO DOMINA -Si solo le pregunta al usuario sobre las consecuencias EN PROCESO			
16	<u>Dialoga sobre los beneficios de modificar su consumo.</u> <i>“Si te esfuerzas por modificar tu conducta de consumo podrás retomar la escuela, ya no te sentirás presionado en casa porque te reclaman cosas, llegarás a tiempo a tu trabajo, incluso aspirar a un ascenso, pero sobre todo te sentirás mejor contigo mismo, ¿tú qué piensas, que otras ganancias tendrías?”</i>  -Si solo le pregunta a la usuaria EN PROCESO -Si además de preguntar retroalimenta LO DOMINA			
17	<u>Relaciona la información con la posibilidad de desarrollar una adicción.</u> “Es importante que sepas que esta conducta que has llevado inicio con el uso de la sustancia, al principio solo pudo haber sido por experimentar, luego se fue incrementando convirtiéndose en abuso y si sigues así o incrementándola se volverá dependencia, y te será más difícil dejarla, en ¿qué etapa crees estar?”.  -Si solo le dice que se puede convertir en una adicción EN PROCESO -Si le explica las fases de cómo se llega a la adicción LO DOMINA			
18	<u>Señala la importancia de elaborar planes de acción que le ayuden a reducir los problemas que ha tenido por consumir sustancias adictivas.</u> “Es importante que te anticipes a situaciones de riesgo, es decir, que estés preparado para afrontarlas o evitarlas, esto lo puedes hacer a través de planes de acción que sirven para prevenir o disminuir problemas asociados al consumo”. -Si no explica que es un plan de acción EN PROCESO -Si explica que es un plan de acción y su funcionalidad LO DOMINA			
	<b>E=ESTABLECE METAS Y PLANES DE ACCIÓN</b>			

		No lo realizó	En proceso	Lo domina
19	<u>Estructura lo revisado en la sesión.</u> El terapeuta elabora resúmenes de lo dicho por el usuario y le proporciona información relevante, como aspectos negativos del consumo, su patrón de consumo, etc. ejemplo: <i>"me has mencionado que bebes en exceso y que por ello quieres dejar de tomar, hay dos opciones para poder evitarnos problemas como los que me has mencionado, uno es la moderación..."</i> -Si solo parafrasea lo que dice la usuaria EN PROCESO -Si parafrasea lo que dice la usuaria y además da una explicación LO DOMINA			
20	<u>Determina si el usuario es candidato para ingresar al programa.</u> Una vez que conoce el nivel de dependencia de la sustancia y el perfil del usuario, identifica cual es el programa ideal. -Si le dice que programa es el indicado y explica por qué LO DOMINA -Si solo le dice que tienen el programa ideal para la usuaria EN PROCESO			
21	<u>Pregunta al usuario si está dispuesto a ingresar al programa</u> <i>"El programa ideal para ti es ____ te vería dos veces por semana, ¿qué te parece, tienes algún problema con el horario?"</i>			
22	Motiva al usuario a ingresar al programa El terapeuta muestra entendimiento y comprensión hacia el usuario, haciendo afirmaciones de reconocimiento de su decisión por acudir al tratamiento, ejemplo: <i>"Me parece has dado un gran paso en venir esta primera sesión, me da mucho gusto que quisieras acudir. El terapeuta alienta al usuario a seguir en las sesiones por medio de expresiones, ejemplo: sería muy bueno que te dieras la oportunidad de intentarlo... se que tú puedes intentarlo, porque has demostrado mucha fortaleza, etc."</i>			
23	<u>Guía al usuario a establecer una meta de consumo.</u> El terapeuta hace preguntas reflexivas al usuario sobre las dos metas, ejemplo: <i>"¿Tú que opción de moderación o abstinencia, consideras te conviene más?, ¿Qué aspectos favorables tendría el aprender a moderar tu consumo? ¿Qué ventajas tendría para ti que dejes de consumir?"</i>			
24	<u>Sugiere la abstinencia o la moderación.</u> El terapeuta explica al usuario ambas opciones y sus beneficios.			
25	<u>Si la meta elegida es moderación explica los límites de consumo recomendados.</u> Número de días que se puede consumir, tiempo transcurrido entre copa y copa, número de tragos estándar. -Si explica que días va a consumir, el tiempo transcurrido entre copa y copa y el número de tragos estándar LO DOMINA -Si solo explica 1 o 2 EN PROCESO			
26	<u>Si la meta elegida es moderación explica el concepto de trago estándar.</u> Cantidad de un trago estándar, conversiones a los tipos de bebida y/o drogas.			
27	<u>Si la meta elegida es moderación pregunta al usuario que días de la semana va a consumir.</u> Le hace preguntas directas de que días el usuario acudirá a eventos en donde es seguro va a consumir, incluso, si es conveniente que vaya o no.			
28	<u>Si la meta elegida es moderación pregunta al usuario cuánto va a consumir.</u>			
29	<u>Si la meta es moderación pregunta al usuario en qué condiciones consumirá y en cuáles no.</u> Eventos, personas, lugares, etc -Si pregunta en que eventos consumirá, con qué personas y en qué lugares LO DOMINA -Si solo pregunta 1 o 2 condiciones EN PROCESO			
30	<u>Pregunta al usuario sobre las cosas que puede hacer para lograr su meta.</u> Ejemplo: <i>"¿Qué crees que puedes hacer la próxima fiesta para beber solo las copas que dices?, ¿te puede acompañar alguien, cómo te enfrentarás a las situaciones sin fallarte?"</i>  -Si plantea varios planes de acción y hace preguntas reflexivas LO DOMINA -Si solo pregunta sobre un plan de acción EN PROCESO			
31	<u>Apoya al usuario en el análisis de las ventajas y desventajas de cada alternativa.</u> El terapeuta apunta en el pizarrón, en una hoja o enfatiza verbalmente al usuario que revisaran las ventajas y desventajas de cada alternativa de solución, el PDS hace frases de reconocimiento (elogio) cuando el usuario mencione alguna V ó D. el terapeuta proporciona una V ó D sin mencionar que representa, y pregunta al usuario para él que representa.  -Si analiza las V y D de cada alternativa, retroalimenta y refuerza LO DOMINA -Si hace el análisis de una sola alternativa EN PROCESO			
32	<u>Platica con el usuario sobre el plan de acción para lograr las metas</u>			

	<p><i>"Bien, como me has dicho, has decidido la moderación (o abstinencia), dices que sólo irás a la fiesta del sábado y no saldrás el domingo y que si te sientes en riesgo te saldrás de ahí, por lo que le pedirás a tu amigo que te acompañe".</i></p> <p><i>-Analiza el plan de acción. Hace una relación entre la meta y el plan de acción.</i></p>			
33	<p><u>Le sugiere al usuario tips o estrategias para el cumplimiento de su meta, además de motivarlo a que él usuario haga sus propias propuestas.</u></p> <p>-El terapeuta además de dar tips o estrategias motiva a la usuaria a que haga sus propias propuestas. LO DOMINA</p> <p>-Si solo da tips o estrategias EN PROCESO</p>			
	<p><b>ACOMPañAR</b></p> <p><b>Acompañamiento terapéutico en donde se proporciona información respecto al tratamiento que el usuario va a recibir, así como, el desarrollo de las sesiones, da retroalimentación sobre los cambios que el usuario va teniendo respecto a su conducta adictiva, además de generar un ambiente en donde la relación terapeuta-usuario, es importante para los avances durante el tratamiento, con la finalidad de favorecer la adherencia.</b></p>			
		No lo realizó	En proceso	Lo domina
34	<p><u>Pregunta al usuario sobre el desarrollo satisfactorio de las sesiones.</u></p> <p><i>"Durante el desarrollo de esta sesión ¿cómo te has sentido?"</i></p> <p><i>¿ Consideras conveniente que entres a tratamiento?"</i></p>			
35	<p><u>Planea sesiones de seguimiento del tratamiento.</u></p> <p><i>"Es importante que tu asistencia, puntualidad y participación para que haya seguimiento entre una sesión y otra, lo cual te permitirá adquirir nuevas metas y habilidades que te den la posibilidad de ir cumpliendo más y más la meta que te has planteado, esto favorecerá en los cambios que has venido identificando y se irán incrementando".</i></p> <p><i>-Si hace todo una planeación LO DOMINA</i></p> <p><i>-Si solo dice diálogos como el siguiente: "te veo la próxima semana" EN PROCESO</i></p>			
36	<p><u>Resalta la importancia de la relación paciente-terapeuta.</u></p> <p><i>"Durante el tratamiento es importante el equipo que haremos tú y yo, tú mostrando tu disposición y propuestas, llevando a cabo las tareas para implementar las habilidades y estrategias en tu escenario real y yo comprometiéndome a enseñarte lo que requieras para afrontar esas situaciones de riesgo, debe haber siempre respeto, lo que nos llevará al buen término de tu tratamiento".</i></p> <p><i>-Si menciona la relación terapeuta-usuario y explica los motivos LO DOMINA</i></p> <p><i>-Si menciona la relación pero no la explica o dice diálogos como "esto es un trabajo de equipo"</i></p>			
37	<p><u>Pregunta al usuario si tiene dudas acerca del plan de tratamiento.</u></p> <p><i>"Es importante que durante las sesiones si algo no te queda claro o si tienes dudas me lo hagas saber para aclararlas en ese momento y no dejar que siga la sesión sin que tengas claridad en el tema que se lleve a cabo, la finalidad es que te sientas a gusto y con los conocimientos necesarios".</i></p> <p><i>-Si pregunta si tiene dudas acerca del tratamiento LO DOMINA</i></p> <p><i>-Si pregunta si tiene dudas, pero sin enfoque en el tratamiento EN PROCESO</i></p>			
38	<p><u>Escucha al usuario.</u></p>			
39	<p><u>Responde todas las preguntas del usuario.</u></p>			

Categoría	Conducta	Definición operacional
Apoyo	Parfrasear	Recapitular lo dicho por el usuario con <u>palabras diferentes, pero mostrando</u> el mismo significado.
	Reforzar	Elogiar los progresos o éxitos del usuario a través de la palabras como "muy bien""felicidades" "excelente" etc. o mencionado las conductas adecuadas del usuario, Ejemplo: <i>Usuario: "Aquí está mi auto registro de la semana pasada"</i> <i>Terapeuta: (lo revisa y expresa) "Lo felicito, ésta semana usted pudo controlar su consumo y cumplir con la meta que se había fijado"</i>
	Mostrar humor	Comentarios o expresiones sencillas que intenten ser graciosas o que resalten lo cómico de la situación.
	Mostrar empatía	Hacer comentarios por parte del terapeuta que muestren entendimiento de los sentimientos, emociones o situaciones del usuario, poniendo de ejemplo incluso situaciones personales del terapeuta (auto apertura) que tengan como finalidad mostrar que entiende por lo que el usuario <u>está</u> pasando. Ejemplo: <i>Usuario: "No quiero que vea mi registro me da mucha pena"</i> <i>Terapeuta: "No te preocupes, entiendo que puede ser difícil pero yo no te voy a juzgar"</i>
	Apoyar	Comentarios por parte del terapeuta que le hagan saber al usuario que puede lograr las metas u objetivos del programa, remarcando lo que el usuario espera y que cambios puede lograr. Mostrando <u>acuerdo</u> ante lo dicho por el usuario o que el terapeuta muestre estar de acuerdo ante algún desacuerdo del usuario. Ejemplo: <i>Terapeuta: "usted puede lograr las metas que se ha propuesto, este programa puede ayudarle".</i>
	Reunir	Hablar acerca de temas de interés para el usuario para conocer más sobre el usuario o lograr un ambiente de confianza. Puede incluir platicar de temas como: economía, ropa, comida, entretenimiento, recreación, casa, administración, problemas financieros, metas, aspiraciones, salud, trabajo, etc. Ejemplo: <i>Terapeuta: ¿y cómo le va en su nuevo trabajo? cuénteme</i>
	Completar	Terminar las frases que el usuario intenta decir, indicando que el terapeuta <u>está</u> poniendo mucha atención en lo que dice el usuario.
	Agradecer	Palabras que demuestren agradecimiento por parte del terapeuta (gracias, es muy amable de tu parte) Ejemplo: <i>Terapeuta: gracias es muy amable de tu parte</i>
Enseñar	Instruir	Mencionar o dar información del por qué algún componente del tratamiento va ayudar al usuario, dando <u>razones</u> de por qué dicha técnica o componente del tratamiento es efectiva y se llevará a cabo.

		<p>Ejemplo:  <i>Terapeuta: "Es importante recordar, que nuestro hígado es sólo capaz de metabolizar una copa por hora, así que cuando se sobrepasa esta medida, debemos de tener en cuenta que estamos forzando a nuestro organismo que a la larga se traduce en el desarrollo de enfermedades más severas".</i></p>
	Dar instrucciones	<p>Mencionar al usuario lo que debe hacer respecto a tareas o conductas que tiene que llevar a cabo  Ejemplo:  <i>Terapeuta: "Esta semana me gustaría que hicieras ..."</i></p>
	Sugerir	<p>Mencionar cosas que el usuario podría hacer ante una situación a través de afirmaciones o preguntas para solucionar un problema.  Ejemplo:  <i>Terapeuta: "Otra cosa que podrías hacer en esa situación es ..."</i></p>
<b>Búsqueda de Información</b>	Buscar información	<p>Hacer preguntas o afirmaciones relacionadas con ampliar la información proporcionada por el usuario, para clarificar o expandir un tópico. (qué, cómo, cuándo, dónde, mencione más al respecto)  Ejemplo:  <i>Terapeuta: ¿Cuándo comenzó el problema? ¿Cuándo quieres comenzar?</i></p>
<b>Estructura</b>	Estructurar	<p>Organizar la sesión a través de comentarios que muestren al usuario lo que se trabajará durante la sesión o dirigir la conversación para lograr el objetivo de la sesión. Dar órdenes que requieren una respuesta dentro de la sesión o comentario que cambian la dirección de la conversación.  Ejemplo:  <i>Terapeuta: "En esta sesión vamos a revisar las razones para cambiar su consumo de alcohol, así como el balance <u>decisional</u> y la meta, empecemos con sus razones, dígame ¿cuáles ha notado?"</i></p>
	Resumir	<p>Recapitular lo visto durante la sesión.  Ejemplo:  <i>Terapeuta: "En esta sesión trabajamos puntos muy importantes como ..."</i></p>
<b>Confrontar</b>	Mostrar desacuerdo	<p>Comentarios del terapeuta que muestran una opinión contraria a la del usuario. El desacuerdo incluye todas las oraciones que proporcionan las razones de por qué el terapeuta no concuerda o de por qué no funcionará.  Ejemplo:  <i>Terapeuta: "Contrario a lo que me dice creo que no está poniendo en práctica lo que hemos revisado en las sesiones"</i></p>
	Desaprobar	<p>Resaltar de manera directa una característica negativa o defecto del usuario, parafrasear cuando el usuario admite que fallo en algunas cosas de su ejecución. Mostrar que no cree en lo que el usuario esta comentando (tono de voz, preguntas) incluso a través de comentario sarcásticos que tienen una valencia negativa pero se muestran como positivos.  Ejemplo:  <i>Terapeuta: "¡Eres descuidado, es la segunda vez que olvidas el registro!"</i></p>



		<i>Terapeuta: "Este programa va a ser sencillo pero usted puede echarlo a perder si quiere..."</i>
	Desafiar	Incitar al usuario a tomar una acción Ejemplo: <i>Terapeuta: "A puesto a que no puedes hacerlo todos los días de la próxima semana"</i>
Interpretar	Interpretar	Reconstituir lo que el usuario ha dicho desde una perspectiva diferente, mencionando el significado de lo que ha dicho o infiriendo lo que el usuario siente o piensa. Ejemplo: Usuario: "Mi familia no entiende que es difícil dejar de consumir" <i>Terapeuta: "Veo que tienes mucho coraje contra tu familia"</i>
	Especular	Comentarios del terapeuta que anticipan lo que podría pasar o mostrando que el comportamiento de algún familiar o persona no es inusual. Ejemplo: <i>Terapeuta: "Es probable que tu familia no crea en el éxito de este tratamiento"</i>
Hablar	Hablar	Comentarios del terapeuta que no tengan una función específica dentro de la sesión o comentarios incompletos. (Comentarios sobre el clima, el tráfico, etc.) Ejemplo: <i>Terapeuta: "¿Tuviste problemas para encontrar lugar d <u>eestacionamiento</u>?"</i>
Escuchar	Escuchar	Conductas que demuestran que el terapeuta está escuchando o poniendo atención ante lo que el usuario está diciendo mientras mira directamente al usuario, haciendo expresiones cortas para indicar que está prestando atención (uhm, ya veo, <u>aha</u> )

