

IDENTIFICACIÓN DE PATRONES CONDUCTUALES EN LA INTERACCIÓN USUARIO-TERAPEUTA: UN SISTEMA DE OBSERVACIÓN

*IDENTIFICATION OF BEHAVIOR PATTERNS
IN THE CLIENT-THERAPIST INTERACTION:
AN OBSERVATIONAL SYSTEM*

ANA LUCÍA JIMÉNEZ PÉREZ Y CARLOS SANTOYO VELASCO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Resumen

Una actividad central de un terapeuta es la implementación de intervenciones en escenarios clínicos. Aunque se ha prestado atención a la evaluación de terapeutas en formación, esta ha involucrado principalmente medidas indirectas. Cuando se usan sistemas de observación directa, se analiza por separado la conducta de usuarios y terapeutas, dejando de lado que la implementación de un tratamiento implica un proceso de interacción social que debe ser analizado como tal. El objetivo de este trabajo fue describir un sistema de observación conductual de las habilidades de intervención y evaluar su utilidad para la identificación de patrones de interacción terapeuta-usuario. Participaron ocho terapeutas que cursaban una maestría, quienes fueron evaluados en cuatro momentos de su formación. Los registros de las sesiones los realizaron dos observadores independientes con un nivel de concordancia de al menos 80%. Se obtuvieron patrones de interacción, índices de efectividad y correspondencia social. Los resultados muestran que los participantes exhiben patrones poco deseables para la intervención, con índices de efectividad y correspondencia social relativamente bajos en todas las situaciones evaluadas. Se discuten las impli-

Ana Lucía Jiménez Pérez y Carlos Santoyo Velasco. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

El segundo autor agradece el apoyo del PAPIIT IN306715. El primer autor agradece el apoyo de CONACyT y la colaboración de Nundehui Abril Xicoténcatl López en la recolección de datos.

Contacto: Ana Lucía Jiménez Pérez. Correo electrónico: analucia.jipe@gmail.com

caciones del estudio para la formación de nuevos terapeutas y su evaluación y para la implementación eficiente de intervenciones.

Palabras clave: sistema de observación conductual, evaluación conductual, interacción usuario-terapeuta, intervención breve, entrevista motivacional

Abstract

Implementation of interventions in clinical settings is an important activity of therapists. Although attention has been directed to the evaluation of therapist's behavior during training, in most cases indirect measures are used. In other cases, in which direct observational systems of behavior are used, the focus is on the behavior of therapist or on the behavior of the client without attending to their interaction, thus leaving aside that the implementation of interventions is a process of social interaction that should be analyzed as such. The aim of this paper is to describe a behavioral observation system of skills during intervention and evaluate its effectiveness for identifying patterns of therapist-patient interaction. Eight therapists enrolled in a Master's program, were evaluated in four stages of training. Sessions were recorded by two independent observers with a minimum level of agreement of 80%. Patterns of interaction, success rates, and social correspondence were recorded. Results show that participants exhibit undesirable patterns of behavior during interventions, with relatively low rates of effectiveness and social correspondence during all situations in which behavior was evaluated. The implications of the study for training and evaluating new therapists, and for the effective implementation of interventions are discussed.

Keywords: behavioral observation system, behavior assessment, patient-therapist interaction, brief intervention, motivational interviewing

Las Habilidades Metodológico-Conceptuales (HMC) de Intervención se definen como aquellos patrones conductuales que implican la manipulación de variables o la implementación de estrategias para la solución de problemas profesionales en un escenario determinado (Santoyo, 2001; Santoyo & Cedeño, 1986). La aplicación de estas habilidades para la modificación de conducta es una de las actividades centrales del psicólogo, (American Psychological Association [APA], 2007, 2008). Tal es el caso de la implementación de Intervenciones Breves (IB), basadas en el análisis de la conducta y que incluyen estrategias derivadas del protocolo que propusieron Miller y Rollnick (2002) denominado como la Entrevista Motivacional (EM). Las IB son un tipo de intervención que se caracteriza por ser de corta duración, incluye una fase de evaluación, asesoramiento breve y seguimiento y son empleadas en las fases iniciales de problemas conductuales (Rodríguez-Martos, 2002). Por su parte, la EM constituye una estrategia de intervención que busca incrementar la disposición al cambio en los usuarios (Miller & Rollnick, 2002).

Se ha reportado que incluir estrategias de la EM como parte de las IB incrementa la efectividad del tratamiento (p.e. Burke, Arkowitz, & Menchola, 2003; Lira-Mandujano, González-Betanzos, Carrascoza, Ayala, & Cruz, 2009; Lundahl & Burke, 2009; Salazar, Martínez, & Barrientos 2009). Por lo que, conductas propuestas en la EM como la empatía, la cortesía, la escucha reflexiva, la retroalimentación, el reforzamiento social, mostrar atención, no juzgar al usuario (Miller, 1996; Miller & Rollnick, 2002), y conductas reportadas por los analistas de la conducta, tales como la identificación del problema y favorecer en el usuario la generación de alternativas de solución (Linehan et al. 2002; Neacsiu, Rizvi, Vitaliano, Linch, & Linehan, 2010), explicar al usuario las características del tratamiento, delimitar la conducta meta con el usuario, y realizar un análisis funcional de la conducta han sido consideradas deseables para favorecer el cambio conductual o la participación de los usuarios en las sesiones, reduciendo la posibilidad de ocurrencia de conductas resistentes, es decir, aquellas emitidas por el usuario que dificultan un cambio en su comportamiento (Chamberlain & Ray, 1988; Iwata, Wong, Riordan, Dorsey, & Lau, 1982; Iwata et al., 2000). Sin embargo, la mayoría de las conductas terapéuticas mencionadas no han sido definidas operacionalmente, lo que dificulta el entrenamiento, la evaluación y la retroalimentación del desempeño de aprendices de terapeutas conductuales durante su formación.

Por otro lado, para la evaluación de las HMC de intervención, generalmente se han empleado medidas indirectas como los auto-reportes (Nicolai, Demmel, & Hagen, 2007) y los reportes de los usuarios de servicios (Barnett, Monti, & Wood, 2001), y en el caso de las medidas directas, éstas consisten en listas de cotejo (Barber & Crits-Christoph, 1996; Barber, Liese, & Abrams, 2003) y en sistemas de observación conductual (Chamberlain & Ray, 1988; Forgatch, Patterson, & DeGarmo, 2005; Miller et al. 2003; Moyers et al. 2007), los cuales nos ocuparán en el presente trabajo. Por ello se considera central el diseño de un sistema de observación conductual constituido por un listado de categorías conductuales exhaustivas y excluyentes, diseñado de acuerdo con los objetivos y necesidades de la investigación. Este listado es planteado con base en un modelo conductual y en la observación de conductas en el contexto natural, en donde a cada categoría del listado se le asigna un código para su registro durante la recolección de datos (Anguera, Blanco, Losada, & Hernández-Mendo, 2000).

Uno de los sistemas de observación más empleado, ha sido el propuesto por Chamberlain y Ray (1988), que fue diseñado para estudiar conductas de resistencia en familias que asistían a recibir tratamiento, si bien este sistema es exhaustivo, está conformado por 40 categorías que no son excluyentes, pues por ejemplo, la categoría expresar apoyo a desacuerdos y la categoría desacuerdo, tienen la finalidad de que el terapeuta exprese que no concuerda con una opinión o sugerencia del cliente. Es de resaltar que la primera es parte de las categorías de apoyo/empatía, mientras que la segunda es parte de la categoría de confrontación, lo que propicia que la confiabi-

lidad del dato derivado del sistema disminuya, dado que el tipo de conducta que los observadores registrarán en los diferentes casos es ambiguo.

Por otro lado, en los estudios realizados con base en dicho sistema, se ha reportado por una parte, la tasa de conductas resistentes exhibidas por los usuarios en una sesión de tratamiento (Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh, & Forgatch, 1984) y por otra, se ha realizado un conteo de aquellas conductas del terapeuta, que promueven la participación de usuarios durante las sesiones, encontrando que, a mayor número de participaciones de los terapeutas, los usuarios presentan mayor resistencia (Patterson & Chamberlain, 1994). Sin embargo, en estos estudios no se reportan datos secuenciales que den cuenta de patrones de interacción terapeuta-cliente, así como los posibles patrones que pudieran resultar más efectivos para la intervención y así facilitar la retroalimentación y evaluación de terapeutas en formación.

Otro sistema de observación empleado, es el diseñado por Miller (2000), el cual consta de seis categorías conductuales para el terapeuta, cuatro del usuario y dos categorías que dan cuenta por sí mismas de una interacción. Con base en este sistema, Moyers et al. (2007) realizaron un estudio que tenía como objetivos identificar si las conductas del terapeuta afectaban la participación o el discurso del cliente y a su vez evaluar si esto se relacionaba con los resultados del tratamiento. Realizaron un análisis secuencial derivado del uso del Código de habilidades de intervención motivacional (MISC por sus siglas en inglés; Miller et al. 2003). Se encontró que las conductas relacionadas con la EM emitidas por el terapeuta anteceden el mantenimiento de la conversación por parte del usuario con una probabilidad condicionada de .173 y aquellas no relacionadas con la EM antecedieron el cambio de conversación con una probabilidad de .085. Sin embargo, ambas probabilidades condicionadas son bajas como para determinar que estos patrones ocurran con frecuencia durante las intervenciones. Además, estas cifras permiten cuestionar mecanismos reguladores del proceso de interacción usuario-terapeuta, tales como la efectividad y la correspondencia social (Santoyo & Espinosa, 1988). La primera se refiere a la probabilidad de que una vez que el terapeuta emite una conducta hacia el usuario este le responda, mientras que la segunda se relaciona con la probabilidad de que el terapeuta responda a las emisiones del usuario. El estudio de estos mecanismos puede aportar datos para explicar la efectividad de las intervenciones, en términos de la interacción social que ocurre durante la sesión.

En el estudio de Moyers et al. (2007) no se reportan aquellas conductas específicas del terapeuta que pueden favorecer la participación o la resistencia en los usuarios. En general, la identificación de dichas conductas y de los patrones de interacción facilita, por un lado, la enseñanza y el aprendizaje de las conductas de intervención en los terapeutas en formación y por otro mejorar la efectividad en la implementación de IB.

En este sentido, el proceso de enseñanza-aprendizaje de terapeutas en formación hace necesaria la evaluación continua de su desempeño para dar cuenta de cambios en los patrones de interacción. Sin embargo, la evidencia sobre la evaluación de dichos cambios, entraña problemas como el predominio de estudios pretest-postest basados tanto en medidas indirectas de las habilidades (e.g., Barber, Liese, & Abrahams, 2003; Miller, Hedrick, & Orlofsky, 1991; Rubel, Sobell, & Miller, 2000), como en seguimiento hasta un año después de concluido el entrenamiento con base en medidas observacionales (e.g., Bien, Miller, & Boroughs, 1993; Carroll, Kadden, Donovan, Zweben, & Rounsaville, 1994; Miller & Mount, 2001; Moyers, Martin, Catley, Harris, & Ahluwalia, 2003), aunque en ambos casos se evalúan sólo los cambios en el comportamiento de los terapeutas y no en el de sus clientes, elemento que puede ser fundamental para la retroalimentación, pues al asumir que la relación cliente-terapeuta es un proceso de interacción social, es primordial el estudio de los cambios en los patrones de interacción social como resultado del entrenamiento.

El presente estudio tiene como objetivo, presentar el proceso de elaboración de un sistema de observación conductual de las HMC de intervención (SOC-HMCI) así como dar cuenta de su utilidad para la identificación de cambios en los patrones de interacción terapeuta-usuario, en terapeutas durante su formación.

Método

Participantes

Ocho estudiantes de nuevo ingreso a una maestría profesionalizante, centrada en la implementación de IB basadas en el análisis de la conducta y la EM. Los estudiantes tenían en promedio 25 años de edad y antes de su ingreso todos contaban con al menos un año de experiencia en la implementación de tratamientos para diversas problemáticas basados en diversos enfoques.

Participaron dos confederados entrenados para emitir conductas resistentes en la pre y la post-evaluación, quienes eran estudiantes de licenciatura que realizaban servicio social; cuatro confederados no entrenados a quienes se les dio la instrucción de comportarse como lo hace un usuario real, eran graduados de licenciatura con desconocimiento del entrenamiento de los confederados; y ocho usuarios reales (uno por cada estudiante de maestría que participó en el estudio) de los cuales seis fueron adultos y dos fueron adolescentes. Cabe mencionar que los alumnos de maestría sabían cuando se trataba de confederados.

Para garantizar el manejo ético de los datos, previo al estudio, se obtuvo el consentimiento informado de los participantes para la grabación de algunas de sus sesiones de intervención y ellos obtuvieron el consentimiento por parte de sus usuarios.

Escenario

Cubículos de un centro de prevención y atención de adicciones, medían aproximadamente 3m x 2m, equipados con sillas, una mesa y un pizarrón.

Instrumentos y materiales

Sistema de observación conductual de las HMC de intervención (Jiménez, Xicoténcatl, & Santoyo, 2013). Consta de 22 categorías conductuales entre las que se incluyen conductas que pueden ser emitidas por el usuario, conductas que pueden ser emitidas por el terapeuta y conductas que pueden ser emitidas por ambos. Incluye los nombres de las categorías, su definición operacional y un código de registro para cada una (ver Anexo 1). Otro elemento de este sistema es el formato de registro conductual, que es una adaptación del formato diseñado originalmente por Santoyo, Espinosa y Bachá (1994) para el registro de conductas del Sistema de Observación Conductual de las Interacciones Sociales (SOC-IS). En este formato se registra de manera simultánea la conducta del usuario y la del terapeuta. Se usó una video cámara digital Sony handycam DCR-SR21 con capacidad de 80 GB.

Procedimiento

Elaboración del sistema de categorías conductuales. Se tomó una muestra de 10 videos de interacciones terapeuta-cliente, de alumnos del programa de maestría, distintos a los participantes de este estudio, para así garantizar que no hubiera un efecto de memorización en los registros finales. De éstos no se obtuvo consentimiento informado para el presente estudio ya que formaban parte del acervo del programa. Cada video tenía una duración de 20 minutos y los clientes podían ser confederados entrenados o usuarios reales y fueron similares a los de la muestra final.

Primero se realizaron registros anecdóticos de las sesiones para generar categorías conductuales que estuviera basadas en la literatura sobre IB y en la ejecución real de los terapeutas. Así, se obtuvo un primer sistema que constaba de 39 categorías. Posteriormente, el sistema fue sometido a una revisión (jueceo) de personas con experiencia en el diseño de sistemas de observación, diferentes a los observadores del presente estudio. El sistema fue puesto a prueba en dos ocasiones más mediante el análisis de los videos.

Con los registros obtenidos en cada una de las pruebas se realizaron matrices de confusión (Bakeman & Gottman, 1989) y con base en ello y en la discusión con los observadores, se determinó eliminar y redefinir algunas categorías para obtener un sistema exhaustivo y excluyente. Al final se obtuvo un sistema de observación de 22 categorías.

Entrenamiento de observadores y registro de las sesiones de intervención. Los observadores fueron entrenados en cada uno de los sistemas de categorías puesto a

prueba, así como en la versión final. Para ello, primero debían aprender las categorías del sistema y la forma de registro. Se determinó que se registrara en cada intervalo aquella conducta con una duración de al menos tres segundos.

Los observadores realizaron en promedio cinco registros diferentes, de sesiones de 10 minutos para lograr un nivel de concordancia entre observadores de al menos el 80%, y un índice de kappa de .7, puntuaciones consideradas deseables en la metodología observacional (Bakeman & Gottman, 1989). Una vez obtenido el nivel de concordancia antes mencionado, los observadores registraron cuatro sesiones de intervención por cada uno de los participantes, cuya duración iba de 20 a 50 minutos. En la Tabla 1, se observa el porcentaje de acuerdo entre observadores para cada una de las sesiones registradas.

Tabla 1
Cantidad de sesiones registradas por alumno, el porcentaje de concordancia entre observadores

Alumno	Total de sesiones observadas	Porcentaje de acuerdo entre observadores
1	4	96.3
2	4	91
3	4	85.1
4	4	87.8
5	4	81.6
6	4	88.5
7	4	88.9
8	4	91

Para el muestreo observacional se registraron cuatro momentos diferentes de su formación, así, la primer sesión fue la evaluación antes de su ingreso a la maestría, misma que se realizó con un confederado entrenado previamente para fungir como usuario. La segunda sesión se realizó con un confederado no entrenado y la tercera sesión incluyó la interacción con usuarios reales que asistían de manera semanal a recibir tratamiento. Finalmente la cuarta sesión, se realizó al final del cuarto semestre de la formación de maestría de los terapeutas y constó de las mismas condiciones que la evaluación inicial (ver Figura 1). Para las sesiones simuladas se obtuvo sólo una video-grabación por participante, y para la sesión con usuario real, ésta fue seleccionada al azar por los investigadores. Las sesiones fueron realizadas con un intervalo de entre cuatro y cinco meses entre cada sesión. Los estudiantes no recibieron retroalimentación por parte de nuestro equipo de investigación pero sí como parte de su

formación de maestría por uno de los profesores. Para más datos sobre el muestreo observacional remitirse a la Figura 1.

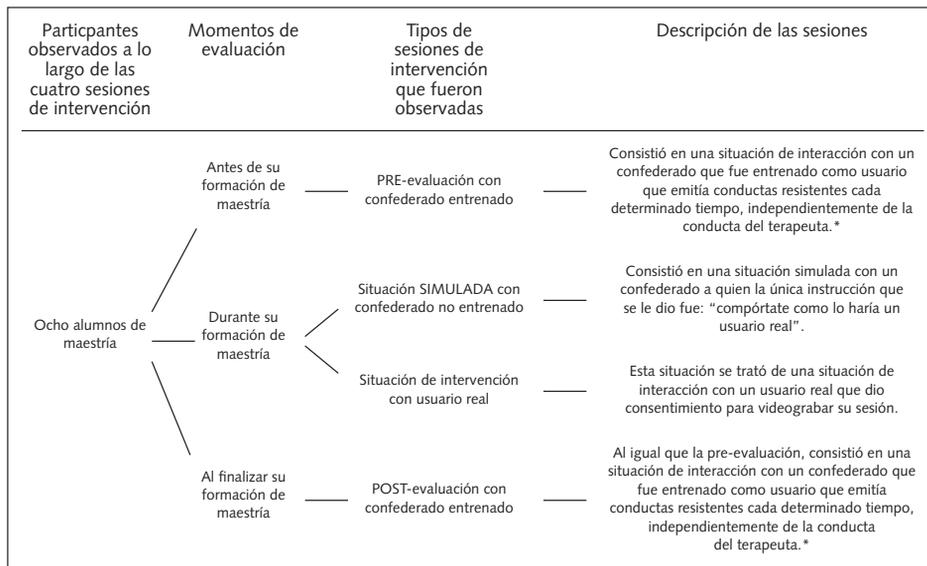


Figura 1. Diagrama que muestra el procedimiento para el muestreo observacional y la descripción de las sesiones de intervención que fueron registradas. Dado que las conductas registradas en esta sesión eran programadas, en el respectivo análisis de los datos no fue considerada la conducta del terapeuta como antecedente de la conducta del usuario.

Análisis de datos. Una vez realizados los registros de las sesiones, se capturaron los datos en el paquete estadístico SPSS versión 20 y se obtuvieron las probabilidades incondicionadas de cada categoría conductual y las probabilidades condicionadas de secuencias conductuales en la interacción usuario-terapeuta en formación, mediante una prueba chi-cuadrada, lo que permitió la identificación de los patrones de interacción.

Resultados

Las conductas del usuario se agruparon en dos tipos: conductas participativas y conductas resistentes; mientras que las conductas del terapeuta se agruparon como: conductas generadoras de resistencia y conductas motivacionales, esto con base en lo propuesto en la literatura sobre IB y EM (ver Tabla 2).

Tabla 2
 Forma en que se agruparon las categorías conductuales para el análisis de datos

Conductas del cliente		Conductas del terapeuta	
Participativas	Resistentes	Deseables	Generadoras de resistencia
Cortesía	Pregunta cerrada	Pregunta abierta	Pregunta cerrada
Pregunta abierta	Respuesta incongruente	Empatía	Emitir juicios valorativos
Dar razones	Emitir juicios	Escucha reflexiva	Dar instrucciones
Conducta auto-descriptiva	Resistencia	Parafrasear	Respuesta incongruente
Frases auto-motivadoras		Apoyo	Otras respuestas
		Dar razones	
		Sugerir	
		Acuerdo	
		Cortesía	
		Reforzamiento social	
		Enseñar	
		Retroalimentación correctiva	

Posteriormente, se obtuvieron probabilidades incondicionadas de cada grupo de conductas del usuario y del terapeuta, dividiendo la ocurrencia de cada categoría entre el total de ocurrencia de todas las categorías conductuales en cada una de las sesiones, tal como lo propusieron Bakeman y Gottman (1989).

Después se realizó el análisis secuencial empleando una prueba chi-cuadrada para evaluar el nivel de dependencia entre categorías. Se consideró como significativa una secuencia conductual con una frecuencia observada igual o mayor a 5 eventos y residuales ajustados estandarizados mayores a ± 1.96 , criterio que garantiza que la secuencia difiere de lo que se podría encontrar por efecto del azar. Se realizaron diagramas de transición para mostrar los patrones de interacción usuario-terapeuta en formación. Finalmente, se obtuvieron los índices de efectividad y correspondencia social de estas interacciones.

Probabilidades incondicionadas de la ocurrencia de conductas del usuario y el terapeuta

Al obtener las probabilidades incondicionadas, de cada categoría conductual del sistema, la conducta de atención del terapeuta (ATNT) ocurrió con una probabilidad

incondicionada promedio de .30 en todas las sesiones, por lo que esta se considera una categoría aparte de las conductas deseables y las conductas generadoras de resistencia en los análisis posteriores, pues al incluirla en las conductas deseables se generaba un efecto de piso para el resto de las categorías de este grupo así como un efecto sobre los patrones de interacción, arrojando patrones centrados en conductas deseables debido a que la categoría ATNT tenía una probabilidad considerablemente mayor que el resto de las categorías. Así, al considerar sólo el resto de las categorías, la mayoría ocurrió con probabilidades menores a .25, tal como puede observarse en la Tabla 3, donde se muestran sombreadas aquellas categorías conductuales del terapeuta que ocurrieron con una probabilidad más elevada, tal es el caso de la formulación de preguntas abiertas (PAT), que tuvo una mayor probabilidad de ocurrencia a lo largo de las sesiones, y es considerada una conducta deseable; también se marcan en negro, conductas que prácticamente no ocurrieron durante las sesiones de entre las que destacan: la empatía (EM), el reforzamiento social (RS) y la retroalimentación correctiva (RC).

Tabla 3
Probabilidad incondicionada de cada categoría conductual emitida por el terapeuta durante cada una de las sesiones

Conductas	Pre	Situación simulada	Situación real	Post
Deseables				
PAT	0.17	0.16	0.18	0.19
EM	0.00	0.00	0.00	0.01
ER	0.02	0.02	0.04	0.02
PARA	0.07	0.07	0.08	0.10
AP	0.02	0.00	0.00	0.02
DRT	0.12	0.15	0.11	0.12
DITX	0.09	0.08	0.03	0.06
SUG	0.07	0.02	0.03	0.09
ACUT	0.01	0.04	0.05	0.01
CORT	0.02	0.00	0.01	0.03
RS	0.00	0.05	0.05	0.02
ENS	0.03	0.10	0.13	0.08
RC	0.00	0.00	0.01	0.00

(Continúa)

Tabla 3 (continuación)

Conductas	Pre	Situación simulada	Situación real	Post
Generadoras de resistencia				
PCT	0.20	0.07	0.12	0.13
EJT	0.06	0.03	0.03	0.06
INS	0.03	0.10	0.08	0.01
RIT	0.01	0.00	0.00	0.01
ORT	0.06	0.10	0.06	0.03
Neutra				
ATNT	0.31	0.29	.28	.31

Nota: PAT= pregunta abierta, EM= empatía, ER= escucha reflexiva, PARA= parafraseo, AP= apoyo, DRT= dar razones, DITX= dar información del tratamiento, SUG=sugerir, ACUT= acuerdo, CORT= cortesía, RS= reforzamiento social, ENS= enseñar, RC= retroalimentación correctiva, PCT= pregunta cerrada, EJT= emitir juicios, INS= dar instrucciones, RIT= respuesta incongruente, ORT= otras respuestas, ATNT= atención.

Posteriormente, se obtuvieron las probabilidades incondicionadas de los grupos de conductas del terapeuta, para cada una de las sesiones, debido a que posteriormente, los patrones de interacción usuario-terapeuta se obtendrán con base en dichos grupos. En La Figura 2 se muestran las diferencias en la probabilidad de ocurrencia de conductas deseables y conductas generadoras de resistencia a lo largo de las sesiones observadas. La probabilidad de ocurrencia de conductas deseables incrementó desde la pre-evaluación hasta la situación de intervención con usuario real y disminuyó en la post-evaluación, sin alcanzar los niveles iniciales. Para el caso de las conductas generadoras de resistencia, su probabilidad disminuyó de la evaluación inicial a la situación simulada con usuario no entrenado e incrementó en la situación real, además durante la post-evaluación, la probabilidad de ocurrencia de estas conductas fue menor en comparación con la evaluación inicial.

Respecto a las conductas del usuario, la Tabla 4 muestra que las conductas participativas ocurrieron con una probabilidad cercana a .30, mientras que las conductas resistentes en la mayoría de los casos ocurrieron con una probabilidad cercana a .1. Es de resaltar que la de atención/neutra ocurrió con probabilidades mayores a .5.

Patrones de interacción usuario terapeuta

Con la finalidad de identificar el tipo de interacción que se establecía entre usuarios y terapeutas y analizar si esta era regulada por el tipo de situación o usuario que

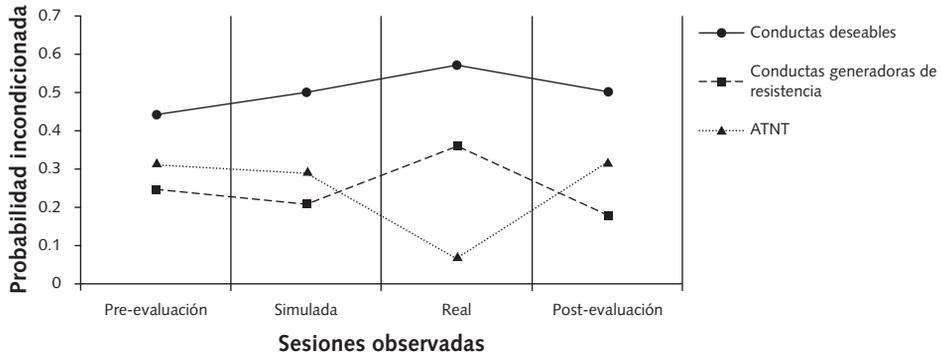


Figura 2. Cambio en la probabilidad incondicionada de ocurrencia de conductas deseables y conductas generadoras de resistencia por parte del terapeuta.

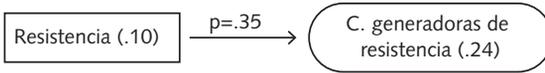
Tabla 4

Probabilidad incondicionada de ocurrencia de las conductas del usuario a lo largo de las sesiones de intervención

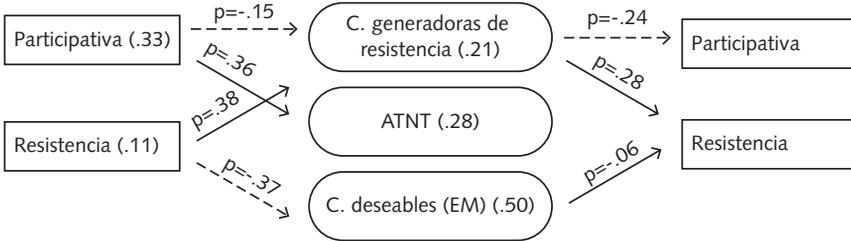
Conductas	Pre	Situación simulada	Situación real	Post
Participativa	.35	.34	.36	.34
Resistente	.09	.12	.07	.09
Neutra/ ATNT	.56	.55	.57	.57

se estuviera tratando, se delimitaron los patrones correspondientes. En la Figura 3 se observan patrones de interacción distintos dependiendo del tipo de situación de intervención de que se trate, de tal forma que en la pre-evaluación y en la post-evaluación las conductas resistentes del usuario antecedieron con una probabilidad de .35 y .30 respectivamente a la conducta generadora de resistencia por parte del terapeuta. Además, durante la post-evaluación las conductas resistentes inhibieron la ocurrencia de conductas deseables del terapeuta con una probabilidad similar. Sin embargo, en estas sesiones, que corresponden con una situación simulada con un confederado entrenado para fungir como usuario, no se encontraron secuencias que resultaran significativas que muestren lo que los usuarios hacían cuando el terapeuta emitía alguna conducta generadora de resistencia. Por su parte, en la situación de intervención con usuario real, se encontró que la emisión conductas generadoras de resistencia propició que la conducta resistente del usuario continuara, aunque esto ocurrió con una probabilidad de .12.

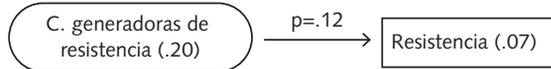
Pre-evaluación con cliente entrenado



Situación simulada con confederado no entrenado



Situación de intervención con cliente real



Evaluación final con cliente entrenado

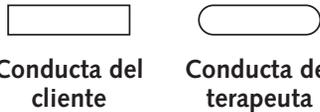
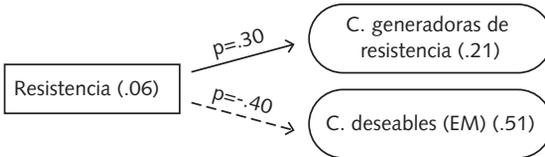


Figura 3. Patrones de interacción usuario-terapeuta en diferentes tipos de situación de intervención. Las flechas con línea continua en la figura representan probabilidades condicionadas de tipo excitatorio, mientras que, las flechas con líneas punteadas indican probabilidades condicionadas de tipo inhibitorio.

Resalta en la Figura 3 el patrón de la situación simulada con un confederado no entrenado, pues la conducta generadora de resistencia por parte del terapeuta fue antecedida por la conducta resistente del usuario, al mismo tiempo que, la primera

fue inhibida por la conducta participativa. Además, la conducta generadora de resistencia hizo que se mantuviera la conducta resistente del usuario con una probabilidad de .26 y aunque esta fue inhibida por conductas deseables, la probabilidad inhibitoria fue sólo de .06.

Un hecho considerado ideal en la implementación de una IB es el manejo de las conductas de resistencia del usuario, mediante el uso de lo que se considera deseable en el terapeuta, elemento que no ocurrió en esta muestra de participantes.

Efectividad y correspondencia social en la interacción usuario-terapeuta

Para obtener información que permitiera explicar los patrones de interacción usuario-terapeuta, se obtuvieron los índices de efectividad y correspondencia social para cada una de las situaciones. La efectividad social se obtuvo dividiendo el número de interacciones iniciadas por el terapeuta, que fueron respondidas por el usuario, entre el total de inicios de interacción del terapeuta. La correspondencia social se obtuvo dividiendo el total de veces que el usuario iniciaba la interacción y obtuvo respuesta del terapeuta entre el total de inicios de interacción del usuario.

El índice de efectividad social se ubicó alrededor de .35 para todas las situaciones, siendo significativamente superior en la situación real ($p < .05$), mientras que el índice de correspondencia social fue mayor al de efectividad para las cuatro situaciones de intervención observadas, sin embargo los valores de ambos índices fueron cercanos, lo que puede indicar que ambos participantes de la diada responden con una probabilidad similar ante las demandas del otro, aspecto que puede estar explicando los patrones centrados en conductas resistentes.

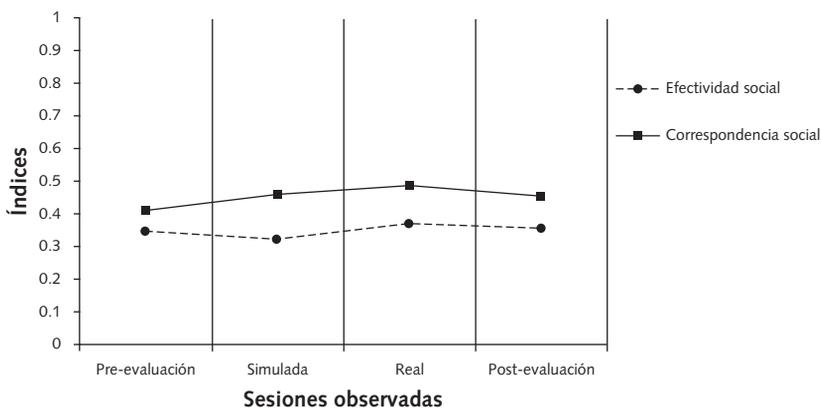


Figura 4. Índices de efectividad y correspondencia social del terapeuta durante la interacción usuario-terapeuta en cada una de las sesiones de intervención.

Discusión

La creación del sistema de observación conductual para la evaluación de habilidades de intervención, reportado en el presente trabajo, implicó operacionalizar y categorizar habilidades que, en la literatura han sido reportadas como deseables para la implementación de un tratamiento. Si bien la EM se ha reportado como una estrategia de intervención eficaz, la definición ambigua de sus componentes ha propiciado que haya diversas formas de implementarla y que por ende no sea claro qué se debe enseñar a los terapeutas cuando se les entrena en su uso y tampoco se puede tener certeza sobre aquellos elementos que la hacen una estrategia efectiva. De ahí que resulte importante la definición operacional de aquellas habilidades que exhibe un terapeuta y la identificación de patrones de interacción usuario-terapeuta que nos permitan tener mayor claridad sobre aquello que ha de enseñarse a terapeutas en formación.

Los resultados del presente estudio mostraron que, de las conductas deseables del terapeuta, la formulación de preguntas abiertas (PAT) ocurrió con mayor probabilidad, mientras que, la empatía (EM), el reforzamiento social (RS) o la retroalimentación correctiva (RC) prácticamente no ocurrieron, independientemente de la situación de intervención. De las conductas generadoras de resistencia la formulación de preguntas cerradas (PCT) fue la de mayor probabilidad.

Respecto a las conductas del usuario, las conductas resistentes ocurrieron con una menor probabilidad que las conductas participativas y las conductas neutras. Sin embargo, al obtener los patrones de interacción, resaltan los patrones relacionados con conductas resistentes, pues en casi todas las sesiones las conductas resistentes del usuario anteceden a las generadoras de resistencia y estas a su vez mantienen la resistencia del usuario.

Lo anterior coincide con estudios (Moyers & Martin, 2006; Moyers et al. 2007) en los que se reporta que las conductas no relacionadas con la EM, anteceden el cambio de conversación de los usuarios, aspecto considerado como conducta resistente del usuario, y las conductas resistentes del usuario son antecesoras de aquellas incompatibles con la EM. Si bien en estudios previos se reportan probabilidades condicionadas menores a .1, en nuestro caso encontramos probabilidades condicionadas entre conductas resistentes del usuario y conductas generadoras de resistencia cercanas a .30, este hecho robustece la evidencia que apoya el supuesto sobre la relación entre la conducta resistente del usuario y aquella considerada generadora de resistencia por parte del terapeuta.

Este hallazgo podría sugerir la existencia de una interacción simétrica entre el usuario y el terapeuta, de manera similar a lo que se ha reportado en parejas de cónyuges violentos sobre cómo se fortalecen y mantienen patrones de interacción inadecuados (López & Santoyo, 2004). Trabajos posteriores deberán dirigirse a establecer

un modelo predictivo de conductas resistentes al cambio durante la intervención y que nos permita realizar correcciones en el proceso formativo de los terapeutas y así favorecer la presencia de conductas deseables en los terapeutas para el adecuado manejo de las conductas resistentes de los usuarios.

Con respecto al uso de aquellas conductas consideradas deseables para la intervención, contrario a lo reportado por Chamberlain et al. (1988), quienes observaron por separado la conducta de clientes y terapeutas, y establecieron una relación entre las conductas deseables de estos y la conducta participativa de los usuarios, nuestros resultados de análisis de secuencias no permiten aportar suficiente evidencia sobre la pertinencia del uso de conductas deseables para favorecer la participación de los usuarios, pues al obtener las probabilidades condicionadas, sólo en la situación de intervención con un confederado no entrenado se observó que las conductas deseables son inhibitorias de aquellas conductas resistentes del usuario, además no se encontró que las conductas deseables se vincularan con la participación de los usuarios o con el manejo adecuado de sus conductas resistentes.

Estos datos pueden ser útiles para explicar elementos relacionados con la deserción en los tratamientos o bien al momento de evaluar la efectividad de un programa de intervención con base en el cambio en la conducta de los usuarios tal como lo señalan Brown y Miller (1993), quienes reportan que el uso de estas estrategias pueden incrementar la probabilidad de que los usuarios se mantengan en un tratamiento o bien que obtengan cambios importantes en su conducta.

Por lo anterior, una manera de medir el impacto de usar estas conductas deseables, sería considerar las tasas de deserción de los terapeutas evaluados así como la magnitud del cambio de los usuarios atendidos y en este sentido sería de esperarse que, dadas las probabilidades condicionadas reportadas en el presente estudio, la deserción fuera alta o bien que los usuarios reporten pocos cambios como resultado de su tratamiento, sin embargo en estudios preliminares al respecto, sólo se ha analizado la relación entre la tasa de ocurrencia de conductas deseables de los terapeutas y la cantidad de usuarios que desertan (Ferrer & Morales, 2014).

Otro aspecto a analizar, es el contexto en el que fueron evaluados los terapeutas, pues las sesiones observadas corresponden con diferentes momentos de la formación de maestría. Si bien en la evaluación antes de su ingreso a este nivel, se observa un patrón de interacción considerado poco deseable para un tratamiento exitoso, este mismo patrón: conductas resistentes-generadoras de resistencia-conductas resistentes, se mantiene constante a lo largo de todas las observaciones y los patrones de interacción considerados como adecuados para implementar un tratamiento parecen no ocurrir de manera significativa, esto puede deberse a elementos del contexto instruccional para la enseñanza de estas habilidades, lo que sugiere la necesidad de que en estudios posteriores se analicen las formas en que son entrenados los terapeutas para el uso de estas habilidades.

Al respecto, en diferentes estudios se han comparado diversas estrategias tales como: dar instrucciones verbales, uso de manuales, instrucciones verbales y manuales (Morales et al., 2013; Whang, Fletcher, & Fawcett, 1982); sin embargo, entre los tipos de entrenamiento más efectivos se encuentran aquellos que incluyen como estrategias el juego de roles, instrucciones verbales y retroalimentación (Alves, 2005; Anderson, Crowley, Patterson, & Heckman, 2012; DiLillo & McChargue, 2007; Iwata, et al., 1982; Iwata et al., 2000; Waltz, Addis, Koerner, & Jacobson, 1993; Wilkinson, 2007). Esta última funciona como un tipo de reforzamiento de la conducta deseable de los terapeutas, por lo que es necesario realizar con ellos una constante supervisión y retroalimentación de su ejecución para que puedan mejorar su desempeño en la implementación de tratamientos.

Así, al ser la supervisión un elemento fundamental en la formación de terapeutas, es necesario incrementar el uso de estrategias de observación directa para la identificación de patrones de interacción usuario-terapeuta, pues de manera similar a lo reportado por Alves (2005) con estudiantes de medicina, en nuestro campo también la supervisión está centrada en sesiones de revisión de casos o en la revisión de expedientes, por lo que el contar con estrategias derivadas de la metodología observacional, favorecerá una retroalimentación específica del desempeño de terapeutas en formación permitiéndole hacer mejoras en su ejecución y que a largo plazo generen cambios significativos como resultado de la intervención que reciben los usuarios.

Referencias

- Alves, A. (2005). Observación directa del residente: una práctica en desuso. *Revista Argentina de Cardiología*, 73(1), 39-43.
- American Psychological Association. (2007). *APA guidelines for the undergraduate psychology major*. Recuperado de www.apa.org/ed/resources.html.
- American Psychological Association (2008). *Principles for the Recognition of Specialties in Professional Psychology*. Recuperado de www.apa.org
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Patterson, C. L., & Heckman, B.D. (2012). The Influence of Supervision on Manual Adherence and Therapeutic Processes. *Journal of Clinical Psychology*, 68(9), 972-988.
- Anguera, M. T., Blanco-Villaseñor, A., Losada, J. L., & Hernández-Mendo, A. (2000). La metodología observacional en el deporte: conceptos básicos. *Lecturas: EF y Deportes. Revista Digital*, 24, 1-7. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd24b/obs.htm>
- Bakeman, R., & Gottman, J.M. (1989). *Observing interaction: An introduction to sequential analysis [Observación de la interacción. Introducción al análisis secuencial]*. Madrid: Morata.
- Barber, J. P., & Crits-Christoph, P. (1996). Development of a therapist adherence/com-

- petence rating scales for supportive-expressive dynamic psychotherapy: a preliminary report. *Psychotherapy research*, 6, 79-92.
- Barber, J. P., Liese, B.S., & Abrams, M. J. (2003). Development of the cognitive therapy adherence and competence scale. *Psychotherapy research*, 13(2), 205-221.
- Barnett, N., Monti, P., & Wood, M. (2001). Motivational interviewing for alcohol-involved adolescents in the emergency room. En E. Wagner & H. Waldron (Eds.), *Innovations in adolescent substance abuse interventions* (pp. 143-168). Oxford, UK: Elsevier Science.
- Bien, T. H., Miller, W. R., & Boroughs, J. M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 347-356.
- Brown, J. M., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211-218.
- Burke, B.L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 843-861.
- Carroll, K. M., Kadden, R. M., Donovan, D. M., Zweben, A., & Rounsaville, B.J. (1994). Implementing treatment protecting the validity of the independent variable in treatment matching studies. *Journal of studies on alcohol*, 12, 149-155.
- Chamberlain, P., Patterson, G., Reid, J., Kavanagh, K., & Forgatch, M. (1984). Observation of client resistance. *Behavior therapy*, 15, 144-155.
- Chamberlain, P., & Ray, J. (1988). The therapy process code: A multidimensional system for observing therapist and client interactions in family treatment. En R. J. Prinz (Ed.) *Advances in behavioral assessment of children and families* (pp. 189-217). Greenwich, CT: JAI Press.
- DiLillo, D., & McChargue, D. (2007). Implementing Elements of Evidence-Based Practice Into Scientist-Practitioner Training at the University of Nebraska-Lincoln. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 671-685.
- Ferrer, J., & Morales, S. (Septiembre, 2014). *La conducta del profesional de la salud y su relación con el egreso del tratamiento*. Cartel presentado en el 2º Coloquio Internacional de Analistas Conductuales Aplicados: Autocontrol e Impulsividad. México, D. F.
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., & DeGarmo, D. S. (2005). Evaluating fidelity: predictive validity for a measure of competent adherence to the Oregon Model of Parent Management Training. *Behavior therapy*, 36(1), 3-13.
- Iwata, B. A., Wallace, M. D., Kahng, S. W., Lindberg, J. S., Roscoe, E. M., Conners, J., ... Worsdell, A. (2000). Skill acquisition in the implementation of functional analysis methodology. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, 181-194.

- Iwata, B.A., Wong, S. E., Riordan, M., Dorsey, M., & Lau, M. (1982). Assessment and training of clinical interviewing skills: analogue analysis and field replication. *Journal of Applied Behavior Analysis, 15*, 191-203.
- Jiménez, P.A. L., Xicoténcatl, L. N. A., & Santoyo, V. C. (Noviembre, 2013). *Sistema de Observación de las Habilidades Metodológico-conceptuales de intervención*. Cartel presentado en el XXIII Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. Cuernavaca, Mor.
- Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., Comtois, K.A., Welch, S., Heagerty, P., & Kivlahan, D.R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12- step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence, 67*, 13-26.
- Lira-Mandujano, J., González-Betanzos, F., Carrascoza, C., Ayala, H., & Cruz, S. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud Mental, 32*(1), 35-41.
- López, C. E., & Santoyo, V. C. (2004). Asimetría de la interacción conflictiva de cónyuges violentos: la prueba de un modelo. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 30*(2), 115-138.
- Lundahl, B., & Burke, B. L. (2009). The effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practice-Friendly Review of four Meta-Analyses. *Journal of Clinical Psychology: In session, 65*(11), 1232-1245.
- Miller, W.R. (1996). Motivational interviewing: Research, practice, and puzzles. *Addictive Behavior, 21*, 835-842.
- Miller, W.R. (2000). Motivational Interviewing Skills Code (MISC) [Manual del observador]. Recuperado de http://casaa.unm.edu/download/9_misc1.pdf.
- Miller, W. R., Hedrick, K. E., & Orlofsky, D. R. (1991). The helpful responses questionnaire: a procedure for measuring therapeutic empathy. *Journal of Clinical Psychology, 47*(3), 444-448.
- Miller, W. R., & Mount, K. A. A. (2001). Small study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*, 457-471.
- Miller, W. R., Moyers, T. B., Ernst, D., & Amrhein, P. (2003). The Motivational Interviewing Skills Code (MISC) Manual. Version 2.0. Recuperado en <http://casaa.unm.edu/download/misc.pdf>
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change*. 2nd ed. London: Guilford Press.
- Morales, C. S., Martínez, K., Carrascoza, C., Chaparro, A., & Ruiz, M. (2013). Evaluación de habilidades de consejo breve en el ámbito de las adicciones. *Health and Addictions, 13*(2), 109-116.

- Moyers, T. B., & Martin, T. (2006) Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions. *Journal of Substance Abuse Treatment, 30*, 245–251.
- Moyers, T. B., Martin, T., Catley, D., Harris, K. J., & Ahluwalia, J. S. (2003). Assessing the integrity of motivational interventions: Reliability of the Motivational Interviewing Skills Code. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 31*, 177–184.
- Moyers, T. B., Martin, T., Christopher, P.J., Houck, J.M., Tonigan, J. S., & Amrhein, P. C. (2007). Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: where is the evidence? *Alcoholism: clinical and experimental research, 31*(S3), 40–47.
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., Vitaliano, P. P., Lynch, T. R., & Linehan, M.M. (2010). Dialectical Behavior Therapy Ways of Coping Checklist: Development and Psychometric Properties. *Journal of Clinical Psychology, 66*(6), 563—582
- Nicolai, J., Demmel, R., & Hagen, J. (2007). Rating scales for the assessment of empathic communication in medical interviews (REM): scale development reliability and validity. *Journal of Clinical Psychology and Medical Settings, 14*, 367-375.
- Patterson, G. R., & Chamberlain, P. (1994). A functional analysis of resistance during parent training therapy. *Clinical Psychology. Science and practice, 1*(1), 53-70.
- Rodríguez-Martos, A. (2002). Efectividad de las técnicas de consejo breve. *Adicciones, 14*(S1), 337-351.
- Rubel, E. C., Sobell, L.C., & Miller, W. R. (2000). Do continuing education workshops improve participants' skills? Effects of a motivational interviewing workshop on substance abuse counselors' skills and knowledge. *The Behavior Therapist, 23*, 73-77.
- Salazar, M., Martínez, K., & Barrientos, V. (2009). Evaluación de un componente de inducción al tratamiento con adolescentes usuarios de alcohol del Distrito Federal. *Salud Mental, 32*(6), 469-477.
- Santoyo, V. C. (2001). *Aportaciones al estudio de la formación de habilidades metodológicas y profesionales en las ciencias del comportamiento. Alternativas docentes. Vol. II*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Santoyo, V. C., & Cedeño, A. M. L. (1986). El modelo de evaluación, intervención y análisis de procesos: Una perspectiva instruccional. *Revista de Tecnología Educativa, 9*(3), 183-214.
- Santoyo, V. C., & Espinosa, A. M. C. (1988). El análisis conductual de las preferencias sociales. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 14*(1), 23-39.
- Santoyo, V.C., Espinosa, A.M.C., & Bachá, M.G. (1994). Extensión del sistema de observación conductual de las interacciones sociales: Calidad, dirección, contenido, contexto y resolución. *Revista Mexicana de Psicología, 11*(1), 55-68.

- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 620–630.
- Whang, P., Fletcher, K., & Fawcett, S. (1982). Training counseling skills: an experimental analysis and social validation. *Journal of Applied Behavior Analysis, 15*, 325-334.
- Wilkinson, L. A. (2007). Assessing Treatment Integrity in Behavioral Consultation. International. *Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 3*(3), 420-432.

Anexo 1

Sistema de observación conductual de las HMC de intervención.

	CATEGORÍA	DEFINICIÓN	CÓDIGO
1.	Cortesía	Conducta verbal que indica cordialidad o cumplidos hacia el otro: Saludos, agradecimientos, cumplidos.	CorU, CorT
2.	Pregunta cerrada	Conducta verbal que implica hacer preguntas al otro respecto a datos personales, o que genera por respuesta palabras como: si, no, está bien, etc.	PCU, PCT
3.	Pregunta abierta	Conducta verbal mediante la cual se realizan preguntas que llevan al otro a dar información detallada respecto a un aspecto de la sesión o del consumo.	PAU, PAT
4.	Respuesta incongruente	Se refiere a la información dada por alguno de los participantes, posterior a una pregunta y que no guarda relación con esta.	RIU, RIT
5.	Dar razones	Dar argumentos sobre la importancia o los motivos para realizar una serie de acciones tanto en las sesiones como fuera de ellas.	DRU, DRT
6.	Emitir juicios valorativos	Conducta verbal que valora lo que el otro hace o dice y le asigna un calificativo de "bueno-malo", "adecuado-inadecuado" "correcto-incorrecto.	EJU, EJT
7.	Acuerdo	Conducta verbal que consiste en afirmaciones que indican estar de acuerdo con lo dicho por el otro.	AcuU, AcuT
8.	Atención	Conductas que demuestran que el terapeuta o el usuario está escuchando o poniendo atención ante lo que el otro está diciendo mientras lo mira directamente incluye expresiones cortas para indicar que está prestando atención (uhm, ya veo, aha).	Atn

(Continúa)

Anexo 1 (continuación)

9.	Otras respuestas	Son todas aquellas conductas que no se consideran en el resto de las categorías.	ORU, ORT
----	------------------	--	-------------

	CATEGORÍA	DEFINICIÓN	CÓDIGO
10.	Empatía	Expresa verbalmente entendimiento respecto los sentimientos o pensamientos reportados por el usuario.	Em
11.	Escucha reflexiva	Conducta verbal mediante la cual se expresa una deducción o suposición con base en lo dicho por el otro. En esta categoría se incluye la repetición textual de lo dicho por el otro, en forma de afirmación y con un tono de voz más bajo hacia el final de la oración.	ER
12.	Reforzamiento social	Señala al usuario aquellas conductas eficientes que ha realizado y que le han ayudado al logro de su meta o de la abstinencia y lo elogia por ello.	RS
13.	Retroalimentación correctiva	Señala al usuario aquellas conductas ineficientes que le han llevado al consumo y le señala la manera de corregirlas.	RC
14.	Dar información sobre el tratamiento	Consiste en explicar al usuario en que consiste algún componente del tratamiento, o bien en explicar las tareas que se llevarán a cabo durante la sesión.	DITx
15.	Enseñar	Se le explican al usuario aspectos conceptuales relacionados con el consumo de sustancias, tales como: tragos estándar, proceso de adicción, recaída, etc., o bien se le muestra la manera en que puede poner en práctica una estrategia dando ejemplos al respecto	En
16.	Instrucciones/ordenar	Indica al usuario lo que TIENE QUE hacer para lograr sus metas, o bien para cumplir con los objetivos de la sesión, especificando paso por paso las conductas a realizar.	Inst
17.	Apoyar	Expresa al usuario que él le ayudará en el establecimiento de metas y elaboración de planes de acción que le lleven al logro de la abstinencia	Ap
18.	Sugerir	Conducta verbal en la que uno de los participantes propone al otro una serie de acciones que podría realizar, sin que ello implique una orden. Se refiere a proponer cursos de acción.	Sug

(Continúa)

Anexo 1 (continuación)

19. Parfrasear	Conducta verbal que consiste en retomar lo dicho por el otro, pero sin modificar el sentido original, ni hacer inferencias al respecto, de tal forma que se dice lo mismo pero con distintas palabras.	Para
----------------	--	------

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	CÓDIGO
20. Conducta auto-descriptiva	Consiste en reportar aspectos relacionados con su propio comportamiento tales como las consecuencias que ha tenido por su consumo, con las situaciones de consumo, o bien con las expectativas que tiene el usuario sobre el tratamiento o su consumo. O bien puede referirse a aspectos personales o datos.	CAD
21. Frases auto-motivadoras	Conducta verbal con la que hace referencia a su problema de conducta y su intención de cambiar, para ello puede hacer referencia en algunos casos a cosas que otros le han dicho sobre su conducta.	FA
22. Resistencia	Son frases con las cuales el usuario niega tener un problema con su consumo, asigna la responsabilidad de su consumo a terceros o bien ignora al terapeuta en momentos de la sesión.	Res

Nota: Las categorías numeradas de la uno a la nueve se refieren a conductas que pueden ser emitidas por el cliente y por el terapeuta. Las categorías numeradas del 10 al 19 se refieren a conductas que pueden ser emitidas sólo por el terapeuta, mientras que aquellas numeradas del 20 al 22 son conductas que pueden ser emitidas sólo por el cliente.