

**MICROANÁLISIS DE INTERACCIÓN TERAPEUTA-
USUARIO EN INTERVENCIONES BREVES EN
ADICCIONES**

***THERAPIST-CLIENT INTERACTION MICROANALYSIS
IN BRIEF INTERVENTIONS IN ADDICTIONS***

Violeta Félix Romero^{*1}, Silvia Morales Chainé*,
Carlos Santoyo Velasco* & Kalina Isela Martínez Martínez**

*Facultad de Psicología, Universidad
Nacional Autónoma de México

**Departamento de Psicología, Universidad
Autónoma de Aguascalientes

Resumen

La relación funcional entre la conducta del profesional de la salud y de la persona atendida en interacción durante una intervención psicológica permite identificar cómo se promueve el logro de las metas y la conclusión exitosa del tratamiento. El objetivo del estudio fue analizar los patrones de interacción entre el profesional de la salud y la persona atendida en función del proceso de intervención en casos efectivos y de deserción. Participaron 16 psicólogos y 16 personas que presentaban nivel de abuso de alcohol. Se empleó un sistema de observación directa de la interacción profesional-persona atendida. Los profesionales videograbaron cada sesión de intervención, previo consentimiento informado de los participantes. Los datos se analizaron con una perspectiva microgenética, considerando las etapas del proceso de intervención. Los resultados mostraron que existen variaciones del patrón conductual individual y de interacción a lo largo del proceso de

intervención, lo que sugiere un proceso dinámico y la identificación de patrones efectivos en las distintas etapas de la intervención. Se discute sobre los procedimientos requeridos para promover la efectividad de la intervención, los patrones conductuales relacionados con esta y las implicaciones de los hallazgos en el proceso de traslación de principios conductuales en las intervenciones breves.

Palabras clave: implementación, intervenciones breves, adicciones, análisis microgenético, investigación traslacional

Abstract

Functional relationship between health professional's behavior and client's behavior in interaction during a psychological intervention is important to identify how goals are achieved and treatment is successfully completed. The aim of the study was to analyze the interaction patterns between the health professional and the client according to the intervention process both in successful cases and in drop out cases. Sixteen psychologists and 16 clients with a history of alcohol abuse participated. A system of direct observation of the professional-client interaction was used. The professionals videotaped each intervention session, with the prior informed consent of the clients. The data were analyzed from a microgenetic perspective, considering the stages of the intervention process. The results showed that there are variations in the individual behavior pattern and interaction throughout the intervention process, which suggests a dynamic process and the identification of effective patterns in the different stages of the intervention. The procedures required to promote the effectiveness of the intervention, the behavioral patterns related to it, and the implications of the findings in the process of translating behavioral principles into brief interventions are discussed.

Keywords: implementation, brief interventions, addictions, microgenetic analysis, translational research

El análisis de procesos en intervenciones psicológicas (Orlinsky et al., 2004; Hill & Lambert, 2004) permite estudiar directamente lo que sucede durante las sesiones terapéuticas respecto a los factores relacionados con la efectividad, la deserción y el cambio clínico (Llewelyn & Hardy, 2001).

La interacción profesional-persona atendida resulta en un proceso de discriminación y reforzamiento a través del cual el profesional, con su propio comportamiento, moldea gradualmente la conducta de la persona atendida en la situación clínica (Follette et al., 1996; Ferro et al., 2007; Kohlenberg & Tsai, 1991). Bajo este paradigma, Froján y colaboradores (2011) analizaron las grabaciones de 101 sesiones clínicas, identificando que la función de la conducta verbal de los psicólogos en sesión varía durante el proceso terapéutico. De acuerdo con los autores, los profesionales realizan cuatro tipos de actividades clínicamente relevantes: evaluación, explicación, tratamiento y consolidación del cambio. Este hecho señala la existencia de ciertos mecanismos de aprendizaje que se dan a partir de la interacción entre profesionales y personas atendidas en distintos momentos de la intervención y que podrían ser responsables del cambio clínico (Froján et al., 2011).

Respecto al análisis de interacción, desde la década de los 90 se ha planteado el uso de probabilidades condicionales para evaluar si los problemas de comportamiento de las personas atendidas están disminuyendo (Follette & Callaghan, 1995). Con el fin de probar si estos cambios son el resultado del refuerzo contingente del profesional, se analiza la conducta de la persona atendida y el profesional empleando una aproximación secuencial (Bakeman & Gottman, 1986; Rosenfarb, 1992) que indica la probabilidad condicional de un evento que ocurre después de un evento de destino especificado y con ello es posible comprender la relación entre las secuencias de variables. Esta aproximación es pertinente para identificar relaciones momento a momento entre las variables. Si la intervención funcionó como se esperaba, es posible demostrar que las personas emiten respuestas más eficaces en función de la retroalimentación del profesional de la salud. Esta demostración empírica de cómo el proceso de intervención impacta en

los resultados y qué mecanismos específicos son responsables del cambio es algo pendiente de evidenciar en la mayoría de las intervenciones psicológicas.

La aproximación al análisis de procesos mediante estudios basados en el individuo, a diferencia de diseños clásicos transversales y longitudinales que se limitan a captar estados estáticos en distintos momentos, parte de perspectivas más centradas en la variabilidad que en la regularidad como la teoría de los sistemas dinámicos o la teoría microgenética o de microanálisis (García et al., 2011). Esta característica permite informar de manera detallada lo que ocurre en momentos de transición en lugar de inferir la información entre los estados inicial y final del proceso (Cheshire et al., 2007). El supuesto central de esta perspectiva de microanálisis es el estudio del proceso de cambio mientras está ocurriendo, en lugar de limitarse a la comparación de antes y después o a la observación de productos o resultados (Fogel et al., 2006; Fogel, 2006; 2011).

Tal como recogen Flynn et al. (2007), en la metodología microgenética las observaciones se dan dentro del proceso de cambio, la recolección de datos es repetida e intensiva y las observaciones registradas del cambio en la conducta deben someterse a un análisis exhaustivo con el fin de captar el proceso subyacente que lo produce. El uso de microanálisis permite analizar el cambio en directo, mientras se está produciendo y observar los procesos de cambio en lugar de productos o resultados, identificando aspectos sobre la trayectoria, la velocidad, la amplitud, la variabilidad y el origen del cambio, además, de permitir observar la variabilidad intra-individual (Miller & Coyle, 1999; Fogel, 2006; 2011; Cheshire et al., 2007).

Las intervenciones psicológicas se han desarrollado para resolver diversas problemáticas socialmente relevantes como los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Particularmente en México, el consumo de alcohol constituye un problema de salud pública con graves consecuencias sociales para la población pues se ha asociado con más de 64 enfermedades y representa el 6.5% de muertes prematuras y 1.5% de días vividos sin salud (Gómez-Dantés et al., 2017). La más

reciente información epidemiológica nacional (Villatoro et al., 2017) muestra que al menos 5 millones de personas requieren intervención breve o tratamiento especializado debido al consumo de alcohol, por lo que resulta necesario incrementar la disponibilidad de tratamiento efectivo para la población que así lo requiere.

Considerando la intervención psicológica como un proceso de interacción entre el profesional de la salud y la persona atendida, resulta sumamente relevante asegurar que el comportamiento del profesional genera los efectos deseados en la conducta de consumo de las personas que solicitan atención. Por ello, el objetivo del presente trabajo fue analizar los patrones de interacción entre el profesional de la salud y la persona atendida en función del proceso de intervención en casos efectivos y de deserción.

Método

Participantes

Participaron de manera voluntaria 16 psicólogos especialistas en intervenciones breves en adicciones que laboran en centros de primer nivel de atención. El 37.5% fueron hombres y el 62.5% mujeres, con 6.2 ($DE=1.1$) años promedio de experiencia en atención a personas que consumen sustancias psicoactivas. A cada uno de los participantes le fue asignada una persona para su atención, que voluntariamente acudió a un centro de prevención en adicciones. Por lo tanto, participaron 16 personas que presentaban nivel de abuso de alcohol, de los cuales, 81% fueron hombres y 19% mujeres, con una media de edad de 34.3 ($DE=5.3$) años.

Instrumentos

Sistema de Observación Directa de la Interacción entre el Profesional y la Persona Atendida. Registro de ocurrencia programado en el software de acceso libre Lince®, constituido por 16 categorías con 5 descriptores, dos observadas en el profesional y la persona atendida (Pregunta simple y Otras respuestas), siete observadas sólo en el profesional (Estructurar, Indagar, Devolver, Analizar, Guiar, Informar y Promover En-

sayos) y siete observadas sólo en la persona atendida (Conducta descriptiva, Describir disparadores, Describir consumo, Describir consecuencias, Describir conducta alternativa, Ejecutar y Planear). El sistema cuenta con una concordancia inter-observadores ($n=6$) de 0.73 y 0.76 en el índice Kappa de Cohen para las categorías de profesional y la persona atendida, respectivamente. La Tabla 1 muestra la estructura del instrumento y las definiciones operacionales de las categorías.

Tabla 1. Estructura y definiciones del Sistema de Observación Directa de la Interacción entre el Profesional y la Persona Atendida

Conducta observable en el profesional		Breve definición
Categoría	Descriptor	
Estructurar	-	Dar información sobre lo que pasará en el curso de la sesión. Incluye guiar la sesión a un tópico determinado, dar información acerca de la programación de citas o siguientes sesiones, el orden de las sesiones y los componentes.
Indagar	Disparadores internos Disparadores externos Conducta de consumo Consecuencias negativas Consecuencias positivas	Realiza preguntas para obtener información sobre disparadores internos y externos, conducta de consumo, consecuencias negativas y positivas del consumo
Devolver	-	Parafrasea la información dada por la persona, para resumirla, aclararla y/o resaltarla.
Analizar	Disparadores internos Disparadores externos Conducta de consumo Consecuencias negativas Consecuencias positivas	Explica y analiza la relación funcional entre el consumo y los disparadores internos y externos, conducta de consumo, consecuencias negativas y positivas
Guiar	-	Realiza preguntas, comentarios u observaciones para que la persona establezca un cambio en su patrón de consumo. Incluye guiar planes de acción e identificar obstáculos.
Informar	-	Proporcionar información a la persona sobre el consumo de sustancias y las estrategias a utilizar para enfrentarlo.
Promover ensayos	-	Ejecución de conductas verbales y no verbales para mostrarle a la persona cómo aplicar determinada técnica, solicitando y observando su ejecución.
Conducta observable en la persona atendida		Breve definición
Categoría	Descriptor	
Conducta descriptiva	-	Conducta verbal donde la persona menciona aspectos de su comportamiento en el área personal e interpersonal
Describir disparadores	Disparadores internos Disparadores externos	Conducta verbal donde la persona menciona aspectos sobre los disparadores internos y externos de su consumo
Describir consumo	-	Conducta verbal donde la persona menciona aspectos sobre su consumo
Describe consecuencias	Consecuencias negativas del consumo Consecuencias positivas del consumo	Conducta verbal donde la persona menciona aspectos sobre las consecuencias negativas y positivas de su consumo
Describir conducta alternativa	-	Conducta verbal donde la persona menciona aspectos sobre conducta alternativa al consumo
Ejecutar	-	Conducta verbal y no verbal donde la persona realiza alguna técnica aprendida o bien sigue las instrucciones del profesional dentro de la sesión.
Planear	-	Verbalizaciones donde la persona refiere los pasos que planea realizar para evitar consumir y/o realizar otra conducta alternativa.
Conducta observable en profesional y persona atendida		Breve definición
Categoría	Descriptor	
Pregunta simple	-	Realiza preguntas o comentarios para obtener información general o expresar dudas.
Otras respuestas	-	Aquellas conductas verbales y no verbales que no entran en ninguna categoría o no se pueden observar

Procedimiento

El estudio se realizó en el escenario laboral de los participantes. La institución de procedencia asignó a los participantes una persona que cubriera el criterio de inclusión de presentar nivel de abuso en consumo de alcohol (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, World Health Organization, 2010). El profesional le explicó previamente a la persona recibida que sus sesiones serían videograbadas para fines de monitoreo y supervisión y la persona y el profesional firmaron el consentimiento informado al respecto.

El profesional de la salud videograbó y llevó a cabo la intervención, adherido a sus procedimientos institucionales y a la guía clínica (CICAD-OEA, 2017) en la que previamente fueron entrenados. Típicamente, la intervención se administra en seis u ocho sesiones de 50 minutos de duración con periodicidad semanal. Las primeras dos sesiones son de admisión y evaluación en las cuales se identifica la problemática y se evalúa el patrón de consumo. En la tercera sesión, se realiza un análisis de ventajas y desventajas del consumo de sustancias y de la suspensión (efectos y consecuencias) y se establece la conducta meta de la intervención. Posteriormente, en la cuarta sesión se trabaja con el análisis funcional de la conducta de consumo. En la sesión cinco, se trabaja con la planeación de estrategias para la suspensión del consumo y planeación de actividades alternativas a través de modelamiento, ensayos conductuales y retroalimentación. Finalmente se realiza una evaluación post y seguimiento del cambio conductual. A lo largo de toda la intervención existe un automonitoreo constante de la conducta de consumo a través de registros y tareas en casa.

La grabación de cada sesión fue enviada vía correo electrónico por el profesional de la salud a los responsables del proyecto y posteriormente cada grabación fue asignada aleatoriamente a los observadores, quienes registraron la interacción mediante el Sistema de Observación Directa de la Interacción entre el Profesional y la Persona Atendida. Participaron ocho observadores expertos en intervenciones breves. Los observadores acreditaron un posgrado en adicciones con 2300 horas de práctica supervisada y fueron entrenados en el registro y retroa-

limentación de la ejecución de profesionales de la salud durante cinco sesiones, asegurando que alcanzaron una confiabilidad mínima entre observadores del 80%. Los observadores retroalimentaron en ciego cada sesión cada sesión, vía correo electrónico, en términos de nueve actividades de la intervención: implementación general, identificación del patrón de consumo, evaluación, referencia, sensibilización y motivación, análisis funcional de la conducta de consumo, planes de acción sobre conducta alternativa, ejecución de conducta alternativa, egreso y seguimiento de la persona atendida y rescate. La retroalimentación brindada por el observador experto consistió en la devolución de información sobre la ejecución del profesional, indicando las fortalezas y áreas de oportunidad en cada uno de los rubros, así como señalando las oportunidades que el participante tuvo para ejecutar alguna de las conductas en función de la conducta de la persona atendida.

Consideraciones éticas

El profesional de la salud explicó previamente a cada persona asignada que las sesiones serían videograbadas para fines de monitoreo y supervisión y, tanto la persona como el profesional de la salud, firmaron el consentimiento informado al respecto. Se enfatizó a los participantes que la información obtenida sería estrictamente confidencial, conservando el anonimato. Se les informó claramente el objetivo, los procedimientos a implementar y el uso que recibiría la información, asegurando el resguardo del material estrictamente y sólo para el uso con fines de investigación, de acuerdo con los lineamientos de la Asociación Americana de Psicología (APA, 1993; 2002; 2005).

Análisis de datos

Para analizar los datos de interacción desde la perspectiva microgenética se consideraron análisis secuenciales (Bakeman & Gottman, 1986; software Lince®) sobre los patrones que se configuran en función de los resultados de intervención (efectividad y deserción) y el análisis de proceso (software SPSS® v.21), identificando los patrones diferenciales en cada etapa de intervención.

Resultados

Para organizar los patrones de interacción que muestran las diadas en función de la efectividad de la intervención, los casos se clasificaron en dos tipos: casos efectivos, que implica la conclusión de la intervención y el logro de la suspensión del consumo de alcohol y casos de deserción, que se refieren a aquellas diadas cuya persona atendida dejó de asistir a la intervención dentro de las primeras tres sesiones. La Tabla 2 muestra la distribución de los casos por grupo y el número de sesiones analizadas.

Tabla 2. Distribución de los casos en función de la efectividad de la intervención y número de sesiones analizadas

Grupo	Número de Casos	Número de sesiones
Efectivo	7	36
Deserción	9	22
Total	16	58

Con la finalidad de identificar los patrones significativos en la interacción del profesional con la persona atendida durante las sesiones se realizó un análisis secuencial (Bakeman & Gottman, 1997), obteniendo las probabilidades condicionadas e incondicionadas de ocurrencia de la conducta de ambos en el Grupo Efectivo y el Grupo de Deserción. Se consideraron como significativos aquellos patrones cuyo recuento fuera igual o mayor a 5, el residual se situara ± 1.96 y la significancia fuera igual o menor a .05. A continuación, se presenta una diada de cada grupo (Efectivo y Deserción), que se consideran representativas por agrupar las familias de patrones estadísticamente significativos consistentes, homogéneos y más frecuentes en cada grupo. Los datos completos de todas las diadas que integran ambos grupos están disponibles con el autor principal.

La Tabla 3 muestra las probabilidades incondicionadas y condicionadas de la conducta de la persona atendida y el profesional de

la salud en interacción en un caso representativo del Grupo Efectivo durante siete sesiones de intervención. En esta diada se observan seis patrones en la primera sesión, nueve patrones en la segunda y tercera sesión, tres patrones en la cuarta sesión, cuatro patrones en la quinta sesión y seis patrones en la sexta y séptima sesión.

Tabla 3. Probabilidades incondicionadas y condicionadas de la conducta de la persona atendida y el profesional de la salud en interacción: Grupo Efectivo, Caso 2

Sesión	Probabilidad incondicionada			Probabilidad condicionada	
	Conducta persona atendida	Conducta profesional	Residuos ajustados	Persona atendida - profesional	Profesional-persona atendida
1	CD (.39)	IF (.07)	2.1	0.11	0.66
	CD (.39)	PE (.04)	2.1	0.08	0.73
	CD (.39)	PS (.41)	4	0.63	0.6
	DCC (.24)	IN (.35)	2.9	0.54	0.36
	DCC (.24)	PS (.41)	-3.2	0.18	0.11
	DCN (.3)	IN (.35)	4.4	0.6	0.52
2	CD (.13)	DV (.17)	5.2	0.48	0.37
	CD (.13)	ET (.1)	2.2	0.2	0.27
	CD (.13)	PS (.06)	2.9	0.16	0.36
	DDP (.48)	AN (.11)	3.3	0.2	0.83
	DDP (.48)	GU (.12)	-2.9	0.04	0.18
	DCC (.17)	IN (.27)	4	0.54	0.33
	DCA (.03)	GU (.12)	4.1	0.54	0.13
	PL (.1)	ET (.1)	2.6	0.23	0.24
	PL (.1)	GU (.12)	8.2	0.57	0.5
3	CD (.26)	PE (.24)	3.2	0.47	0.5
	CD (.26)	PS (.13)	3.9	0.33	0.65
	DDP (.16)	AN (.1)	6.2	0.46	0.71
	DCC (.1)	ET (.09)	4.5	0.42	0.42
	DCC (.1)	IF (.16)	3.3	0.47	0.28
	DCN (.3)	DV (.09)	2	0.16	0.55
	DCN (.3)	IF (.16)	4.3	0.39	0.71
	DCA (.03)	GU (.11)	4.6	0.71	0.21
PL (.13)	GU (.11)	4.9	0.44	0.52	
4	CD (.53)	PS (.14)	2.7	0.24	0.89
	DDP (.06)	AN (.06)	5.9	0.5	0.46
	DCC (.11)	DV (.31)	2	0.54	0.19
5	DDP (.01)	IN (.05)	8.7	0.9	0.31
	DCN (.08)	AN (.04)	6.5	0.31	0.63
	PL (.22)	GU (.12)	2.7	0.24	0.44
	PL (.22)	IF (.04)	2	0.09	0.5
6	CD (.32)	IF (.09)	2.8	0.19	0.66
	CD (.32)	PS (.09)	2.6	0.18	0.65
	DCN (.27)	IN (.09)	3.4	0.23	0.66
	DCA (.17)	GU (.16)	2.7	0.33	0.36
	DCA (.17)	PE (.12)	3.3	0.3	0.44
	PL (.06)	GU (.16)	4.9	0.66	0.27
7	DCC (.02)	DV (.28)	2.1	0.71	0.5
	DCA (.14)	GU (.44)	-2.9	0.15	0.05
	DCA (.14)	IF (.04)	5.8	0.22	0.76
	DCA (.14)	PS (.03)	3.7	0.13	0.6
	EJ (.14)	DV (.28)	-2.1	0.11	0.05
	EJ (.14)	GU (.44)	3.7	0.81	0.26

Nota. Las siglas representan las categorías conductuales: IF (informar), PS (pregunta simple), CD (conducta descriptiva simple), PE (promover ensayos), IN (indagar). DCC (describir conducta de consumo). DCN (describir consecuencias negativas), DV (devolver), ET (estructurar). PL (planear), GU (guiar), DDP (describir dispareadores) DCA (describir conducta alternativa). AN (analizar), EJ (ejecutar).

La Tabla 4 muestra las probabilidades incondicionadas y condicionadas de la conducta de la persona atendida y el profesional de la salud en interacción en un caso representativo del Grupo Deserción durante tres sesiones de intervención. En esta diada se observaron ocho patrones en la primera sesión y dos patrones en la segunda y tercera sesión.

Tabla 4. Probabilidades incondicionadas y condicionadas de la conducta de la persona atendida y el profesional de la salud en interacción: Grupo Deserción, Caso 7

Sesión	Probabilidad incondicionada		Residuos ajustados	Probabilidad condicionada	
	Conducta persona atendida	Conducta profesional		Persona atendida - Profesional	Profesional - Persona atendida
1	CD (.39)	IN (.49)	-3.2	0.32	0.25
	CD (.39)	DV (.41)	4.6	0.64	0.6
	DDP (.08)	IN (.49)	2.3	0.76	0.15
	DCC (.09)	IN (.49)	3.5	0.87	0.16
	DCN (.28)	IN (.49)	3.7	0.73	0.41
	DCN (.28)	DV (.41)	-2.5	0.28	0.18
	DCA (.15)	IN (.49)	-4.3	0.12	0.03
	DCA (.15)	GU (.07)	10.6	0.42	0.87
2	PL (.17)	DV (.45)	-2.5	0.22	0.08
	PL (.17)	GU (.06)	6.9	0.32	0.84
3	DDP (.14)	DV (.38)	4.3	0.78	0.29
	CD (.06)	PS (.32)	4.5	0.86	0.18

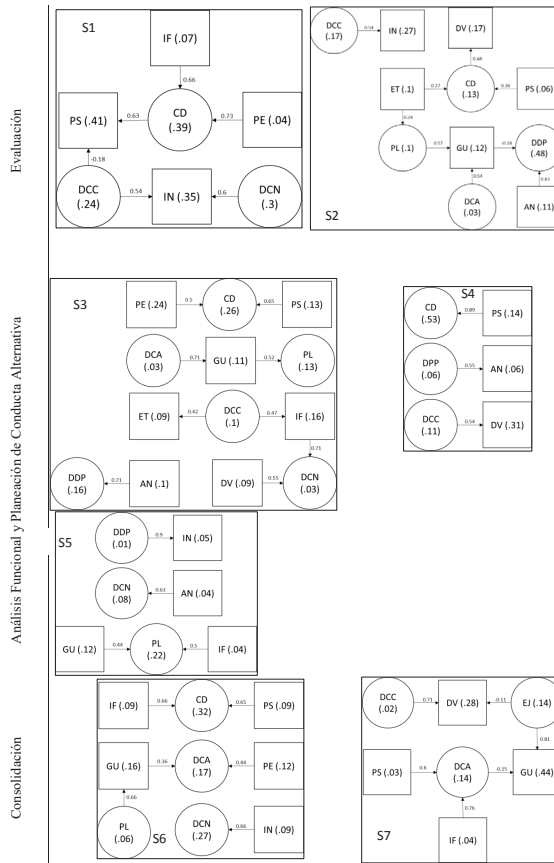
Nota. Las siglas representan las categorías conductuales: IF (informar), PS (pregunta simple), CD (conducta descriptiva simple), PE (promover ensayos), IN (indagar), DCC (describir conducta de consumo), DCN (describir consecuencias negativas), DV (devolver), ET (estructurar), PL (planear), GU (guiar), DDP (describir disparadores) DCA (describir conducta alternativa). AN (analizar), EJ (ejecutar).

Una vez identificados los patrones significativos de interacción, se realizó un microanálisis considerando las sesiones de la intervención, con la finalidad de observar el proceso y la diferencia de patrones entre las sesiones. Se clasificó el proceso de intervención en tres etapas principales, de acuerdo con la estructura de la Intervención Breve (CICAD-OEA, 2017) y las actividades clínicamente relevantes en cada sesión (Ruiz et al., 2015; Froján et al., 2011): (1) Evaluación: en estas sesiones iniciales se realizan actividades encaminadas a identificar el patrón de consumo de la persona atendida, el nivel de dependencia y las problemáticas aso-

ciadas al consumo; (2) Análisis Funcional y Planeación de Conducta Alternativa: considerada la parte de tratamiento propiamente dicha, en que se abordan los disparadores internos y externos del consumo, se describe la conducta de consumo de sustancias así como las consecuencias que explican su mantenimiento y a partir de ese análisis, se programa conducta alternativa al consumo a través de planes de acción detallados que se ensayan y evalúan constantemente; y (3) Consolidación del cambio: en esta etapa final, se reestablece la meta de la intervención, se valoran y refuerzan los cambios alcanzados y se planean los seguimientos. En las Figuras 1 y 2 se observan las secuencias conductuales que representan los patrones en cada etapa de la intervención.

Como se observa en la Figura 1, para el ejemplo del *Grupo Efectivo*, en la etapa de Evaluación aparecen 15 patrones significativos, dos de ellos con relación inhibitoria. La interacción de la diada en la primera sesión se centra en que el profesional brinda información (IF) y realiza preguntas simples (PS), lo que provoca que la persona atendida describa su conducta en general (CD); cuando la persona atendida describe aspectos específicos de su conducta de consumo, las preguntas simples (PS) se inhiben y el profesional indaga (IN) sobre las consecuencias del consumo (DCN); con esta información, el profesional comienza con la promoción de ensayos conductuales (PE), aunque en este momento inicial, esto deriva únicamente en la descripción de la conducta (CD) por parte de la persona atendida. Ante esta identificación de los factores relacionados con el consumo de sustancias de la persona, el profesional indaga constantemente (IN). En una sesión posterior, el profesional continua indagando (IN) la conducta de consumo (DCC) y comienza a realizar otras tareas clínicamente importantes como devolver información (DV) y estructurar (ET), lo que permite que la persona comience la planeación (PL) de actividades en la semana, que el profesional guía (GU) a partir de la descripción de la conducta alternativa (DCA) al consumo por parte de la persona atendida e inhibe que la persona atendida continúe con la descripción de disparadores del consumo (DDP), para dar paso el análisis (AN) de estos disparadores.

Figura 1. Diagramas de transición de un ejemplo del Grupo Efectivo (Caso 2) en las tres etapas de la intervención



Nota. Evaluación (sección superior), Análisis funcional (sección intermedia) y Consolidación (sección inferior). Las sesiones se indican en la agrupación de gráficas con la letra “S” y el número de la sesión correspondiente. La conducta del profesional está representada en los cuadrados y la conducta de la persona atendida, en los círculos. Las flechas representan la dirección de la probabilidad condicionada, indicada con un número sobre las flechas y las probabilidades incondicionadas se indican dentro de los paréntesis. Las siglas representan las categorías conductuales: IF (informar), PS (pregunta simple), CD (conducta descriptiva simple), PE (promover ensayos), IN (indagar). DCC (describir conducta de consumo). DCN (describir consecuencias negativas), DV (devolver), ET (estructurar). PL (planear), GU (guiar), DDP (describir disparadores) DCA (describir conducta alternativa). AN (analizar), EJ (ejecutar).

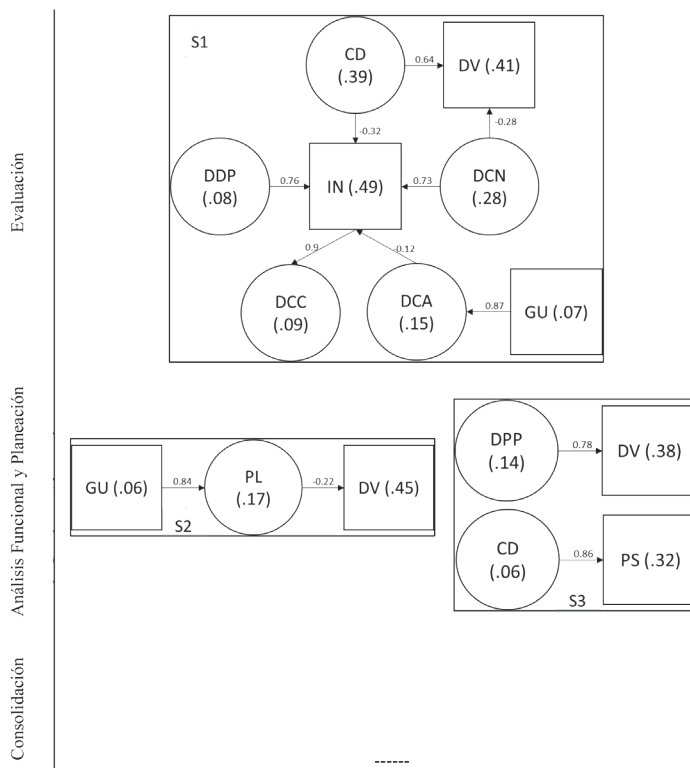
Los 16 patrones mostrados en la etapa de Análisis Funcional y Planeación de Conducta Alternativa apuntan a una interacción en la que predominan por parte del profesional, inicialmente las preguntas simples (PS) y la promoción de ensayos conductuales (PE), que producen conducta descriptiva de la persona atendida (CD). Posteriormente, la persona refiere conducta alternativa al consumo (DCA) y con esta información, el profesional la guía (GU) hacia la planeación efectiva (PL). Al final de esta sesión, el profesional informa (IF), estructura (ET) y devuelve (DV) aspectos relacionados con la triple relación de contingencia que regula el consumo de la persona atendida: disparadores (DDP), consumo (DCC) y consecuencias asociadas al mismo (DCN). En la cuarta sesión de intervención, el profesional continúa el análisis (AN) y devolución (DV) de los disparadores (DDP) y conducta de consumo (DCC). En la quinta sesión, la dinámica de la interacción se caracteriza por la continuación del análisis de disparadores (DDP) y conducta de consumo (DCC) y se cierra la sesión con el profesional guiando (GU) e informando (IF) para promover la planeación de conducta alternativa en la persona (PL).

Finalmente, en la etapa de Consolidación, se muestran 12 patrones significativos, dos de ellos con relación inhibitoria, que representan conductas del profesional como informar (IF), guiar (GU) e indagar (IN), que promueven la descripción de consecuencias del consumo (DCN), la planeación (PL) y la descripción de conducta alternativa (DCA) que la persona ha ejecutado fuera de las sesiones. En la última sesión de la intervención, aparece la descripción de la conducta de consumo (DCC) y conducta alternativa (DCA) por parte de la persona atendida, que promueve que el profesional devuelva esta información (DV) y guíe (GU), a su vez, el profesional informa (IF) y realiza preguntas simples (PS) sobre la conducta alternativa y finalmente al cierre de esta etapa predomina la ejecución (EJ) de las habilidades de la persona atendida mediante ensayos, lo que inhibe la oportunidad del profesional de devolver (DV), al dar prioridad a la actividad práctica.

En la Figura 2 se presenta un caso de Deserción. En la etapa de Evaluación se observa una interacción caracterizada por ocho patro-

nes significativos, cuatro de ellos con relación inhibitoria, donde la actividad principal en la sesión 1 es conducta descriptiva por parte de la persona atendida (CD), que inhibe que el profesional continúe indagando (IN) sobre ella y se centre en abordar más específicamente la descripción de sus disparadores (DDP), la conducta de consumo (DCC) y las consecuencias (DCC), aunque ante las consecuencias, el terapeuta no devuelve (DV) esta información. Finalmente, el profesional guía (GU) la identificación de conducta alternativa (DCA), lo que inhibe el continuar indagando (IN) información más precisa, es decir, en esta etapa, se indaga sobre información general, pero faltan actividades importantes como la devolución de información respecto a consecuencias del consumo y conducta alternativa a éste.

Figura 2. Diagramas de transición de un ejemplo del Grupo Deserción (Caso 7) en las tres etapas de la intervención



Nota. Evaluación (sección superior), Análisis funcional (sección intermedia) y Consolidación (sección inferior). Las sesiones se indican en la agrupación de gráficas con la letra “S” y el número de la sesión correspondiente. La conducta del profesional está representada en los cuadrados y la conducta de la persona atendida, en los círculos. Las flechas representan la dirección de la probabilidad condicionada, indicada con un número sobre las flechas y las probabilidades incondicionadas se indican dentro de los paréntesis. Las siglas representan las categorías conductuales: IF (informar), PS (pregunta simple), CD (conducta descriptiva simple), PE (promover ensayos), IN (indagar). DCC (describir conducta de consumo). DCN (describir consecuencias negativas), DV (devolver), ET (estructurar). PL (planear), GU (guiar), DDP (describir disparadores) DCA (describir conducta alternativa). AN (analizar), EJ (ejecutar).

Posteriormente, en la etapa de Análisis Funcional y Planeación de Conducta Alternativa, se observaron dos sesiones, en las cuales se muestran cuatro patrones significativos. En la segunda sesión, el profesional guía (GU) la planeación de alternativas (PL) al consumo en la persona, pero ya no es capaz de devolver o retroalimentar información al respecto (DV). Finalmente, en la tercera y última sesión de este caso, la persona describe conducta general (CD) y disparadores de su consumo (DDP) y esto produce que el profesional devuelva información (DV) y realice preguntas simples (PS).

Discusión

La principal aportación del presente trabajo es la identificación de patrones conductuales de interacción característicos de las diadas que lograron la meta de suspensión del consumo de alcohol y la adherencia a la intervención mediante el microanálisis del proceso de intervención en escenarios naturales, partiendo del supuesto de que las intervenciones son procesos dinámicos de interacción entre el profesional y las personas atendidas (Frojan et al., 2008; Follette et al., 1996) y que mediante su análisis exhaustivo se puede identificar qué factores de la conducta del terapeuta en la interacción se relacionan con el éxito de la intervención y por tanto el logro de la abstinencia o reducción del consumo por las personas atendidas (Llewelyn & Hardy, 2001).

La aproximación microanalítica, permite ampliar la explicación de cómo los procedimientos identificados como relevantes en las aproximaciones grupales generan el efecto en la conducta de la persona atendida. La posibilidad de observar directamente la interacción del profesional de la salud y la persona atendida durante las distintas etapas del proceso de intervención permitió la descripción de la dinámica que resulta efectiva en la implementación de los procedimientos clave, lo que da cuenta de cómo la implementación de un procedimiento por sí solo no es suficiente, sino que su efectividad tiene que ver con que esta implementación sea adaptada, ajustada y específica para las características de la persona atendida.

Los resultados apuntan a que los profesionales que logran que las personas alcancen la suspensión del consumo de alcohol y el egreso exitoso del tratamiento muestran una interacción que favorece la elección de conductas alternativas que compiten con el consumo. El profesional de la salud que muestra habilidades para indagar e identificar la información relevante para llevar a cabo el análisis de la función de la conducta de consumo que reporta la persona atendida, tal como los disparadores internos y externos del consumo y las consecuencias asociadas en las primeras sesiones de intervención, tiene más probabilidades de guiar a la persona atendida al logro de la abstinencia. Además de ello, los patrones exhiben la capacidad del profesional de devolver información relevante y estratégica al usuario sobre su propia situación, propiciando que este la comprenda e identifique las situaciones que mantienen el consumo y a partir de ello, se promueva la práctica constante dentro de las sesiones de aquellas conductas necesarias para que la persona atendida evite el consumo de sustancias psicoactivas en sus situaciones cotidianas. La implementación de estas habilidades hace más probable que el usuario identifique los precipitadores de su consumo y las desventajas de este, y que planee de manera efectiva la implementación de conducta alternativa en su contexto que lo lleva a la abstinencia o reducción del consumo.

Por el contrario, en aquellos profesionales cuyos usuarios desertaron y/o mantuvieron la conducta de consumo, se observa un repertorio conductual con escasos patrones significativos de conducta simple, que reflejan una interacción en la que el profesional está realizando preguntas la mayor parte del tiempo y no es capaz de analizar estratégicamente la descripción de las situaciones de consumo que hace la persona atendida lo que dificulta que se establezcan planes de acción sobre alternativas al consumo, mismos que no se ensayan ni se retroalimentan dentro de las sesiones.

La identificación de un repertorio conductual que distingue a las diadas efectivas de las no efectivas fue posible gracias a la observación directa de la interacción entre el profesional de la salud y las personas que atienden; es decir, a la observación de la implementación, que

implica el uso cotidiano de las intervenciones breves, que deriva en su adopción (Breckler, 2006). Para medir la implementación, se han utilizado diversas estrategias que van desde las evaluaciones de conocimientos mediante exámenes escritos, hasta listas de cotejo sobre adherencia a procedimientos (Petry et al., 2010); sin embargo, la observación directa de la conducta siempre será la fuente más confiable para la obtención de datos con respecto a la ejecución real de las habilidades del profesional de la salud para identificar, analizar y retroalimentar a la persona atendida sobre su consumo y sobre el establecimiento de alternativas saludables al mismo (Iwata et al., 2000; Miller & Mount, 2001). En este estudio, la observación directa cobra aún más relevancia al permitir analizar la variación de la conducta del profesional de la salud y de la persona atendida a lo largo del proceso terapéutico (Llewelyn & Hardy, 2001).

Es precisamente el análisis de la intervención como un proceso de interacción, organizado en etapas en función de las actividades clínicamente relevantes (evaluación, análisis funcional y la planeación de conducta alternativa y consolidación) y la identificación de momentos críticos de cambio, otra de las aportaciones de este trabajo que se suma a la identificación de patrones significativos diferenciales en cada tipo de caso (efectivo y deserción).

La metodología de microanálisis con la que se abordó el proceso de las Intervenciones Breves, parte de los supuestos de la teoría de los Sistemas Dinámicos, que explica cómo los distintos componentes de un sistema complejo se organizan y reorganizan con el tiempo en una serie de patrones o atractores que tienden a mostrar cierta estabilidad (Kelso, 1995; Kugler et al., 1982). Las intervenciones psicológicas funcionan como un proceso dinámico cuyo objetivo es influir en los patrones de comportamiento de las personas atendidas, a partir de relaciones de mutua determinación donde A (profesional) afecta a B (persona atendida) y viceversa (Boker & Graham, 1998).

Los hallazgos generados a partir del análisis de proceso sobre la conducta del profesional de la salud relacionada con la abstinencia de la persona atendida como la identificación del contexto del consumo,

la planeación de conducta alternativa efectiva y la práctica de las habilidades dentro de las sesiones, coinciden con la perspectiva de Sistemas Dinámicos, pues muestran cambios sistemáticos de los patrones de interacción entre el profesional de la salud y las personas atendidas en las tres etapas de la intervención y diferencialmente de acuerdo con los resultados de esta, lo que sugiere que existe una organización de la conducta y una variación sistemática de ésta dentro del sistema dinámico que constituyen las Intervenciones Breves.

El análisis microgenético que se realizó cobra mayor relevancia a partir de su uso en escenarios clínicos naturales, mediante la observación directa de la conducta del profesional de la salud y las personas atendidas directamente en el contexto en el que se administran las intervenciones breves, es decir, en los centros de atención a las adicciones, donde profesionales de la salud se enfrentan al reto de atender a una gran cantidad de personas con diversas características a las que tienen que dar respuestas efectivas. Esta observación directa implicó, entre otros, cuatro aspectos metodológicos relevantes: la voluntad política de las instituciones participantes, el uso de la tecnología como mecanismo de seguimiento, la validez social del procedimiento dada por los participantes y la retroalimentación de la ejecución del profesional de la salud.

Estudios posteriores deberán contemplar el efecto de la retroalimentación, pues en el presente trabajo se priorizó el beneficio de las personas atendidas y del propio profesional al recibir información sobre su ejecución y con ello la posibilidad de mejorarla sesión tras sesión, como ha sido reportado en la literatura que da cuenta de que el monitoreo y supervisión a los profesionales es fundamental y necesario para mejorar la efectividad de las intervenciones (Miller et al., 2003; Sholomskas et al., 2005; Herschell, 2010). Otro aspecto para considerar en cursos de acción futuros es que el enfoque teórico de las intervenciones analizadas pudiera tener influencia en el tipo de interacción entre el profesional de la salud y la persona atendida. En el presente estudio, se analizó el proceso de una intervención breve con corte cognitivo-conductual, que es el tipo de aproximación con mayor

evidencia de efectividad y el recomendado por organismos internacionales para la atención de este tipo de problemáticas (WHO, 2016), sin embargo, otras aproximaciones teóricas deben explorarse para identificar similitudes y diferencias con los patrones de interacción descritos en el presente estudio.

Los hallazgos descritos en la presente investigación tienen posibilidades inmediatas de aplicación en la práctica clínica al representar un referente para el entrenamiento de los profesionales de la salud, donde no solamente se incluya la capacitación teórica y de procedimientos, sino se ejerciten las habilidades relacionadas con la interacción efectiva dentro de las sesiones de intervención. Además, conocer los patrones conductuales que promueven el logro de las metas de tratamiento, permite el desarrollo de estrategias de monitoreo, supervisión y retroalimentación de las actividades de implementación de intervenciones por parte de los profesionales de la salud con miras a la mejora continua de su práctica profesional.

En conclusión, el proceso de traslación que ha dado lugar al desarrollo de las Intervenciones Breves como una de las mejores opciones de tratamiento para los problemas por consumo de sustancias, se encuentra actualmente en una etapa en la que es necesario considerar y fortalecer no solamente la práctica basada en evidencia, sino la evidencia basada en la práctica (Fixsen et al.,2005; Webster-Stratton et al.,2011), lo que implica el posicionamiento del profesional de la salud y su ejecución en interacción con las personas, en el centro de la investigación, valorando su importancia como fuente necesaria de evidencia empírica derivada de su actividad profesional cotidiana en los escenarios clínicos naturales.

Referencias

American Psychological Association, Committee on Professional Practice and Standards. (1993). *Record keeping guidelines*. American Psychologist, 48, 984-986.

- American Psychological Association. (2002). *Criteria for practice guideline development and evaluation*. *American Psychologist*, 57, 1048-1051.
- American Psychological Association. (2005). *Determination and documentation of the need for practice guidelines*. *American Psychologist*, 60, 976-978.
- Bakeman, R., & Gottman, J. M. (1986). *Observing behavior: An introduction to sequential analysis*. Cambridge University.
- Bakeman, R., & Gottman, J. M. (1997). *Observing interaction: An introduction to sequential analysis* (2nd ed.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511527685>
- Boker, S. M., & Graham, J. (1998). A dynamical systems analysis of adolescent substance abuse. *Multivariate Behavioral Research*, 33(4), 479-507. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr3304_3
- Breckler, S. J. (2006). Embracing the many applications of psychology. *Monitor on Psychology*, 37(4).
- Cheshire, A., Muldoon, K. P., Francis, B., Lewis, C. N., & Ball, L. J. (2007). Modelling change: New opportunities in the analysis of microgenetic data. *Infant and Child Development*, 16(1), 119-134. <https://doi.org/10.1002/icd.498>
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaría General de la Organización de Estados Americanos CICAD OEA. (2017). *Transferencia de las Intervenciones Breves para la Prevención de Recaídas en Adicciones*. ISBN 978-0-8270-6700-4
- Ferro García, R., Valero Aguayo, L., & López Bermúdez, M. Á. (2007). Novedades y aportaciones desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 19(3), 452-458. ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute.

- Flynn, E., Pine, K., & Lewis, C. (2007). Using the microgenetic method to investigate cognitive development: an introduction. *Infant and Child Development*, 16(1), 1-6. <https://doi.org/10.1002/icd.503>
- Fogel, A. (2006). Dynamic Systems Research on Interindividual Communication: The Transformation of Meaning-Making. *Journal of developmental processes*, 7-30.
- Fogel, A. (2011). Theoretical and Applied Dynamic Systems Research in Developmental Science. *Child Development Perspectives*, 5(4), 267-272. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2011.00174.x>
- Fogel, A., Garvey, A., Hsu, H., & West-Stroming, D. (2006). *Change processes in relationships: Relational—historical research on a dynamic system of communication*. Cambridge University Press. ISBN 978-0-521-12068-5.
- Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (1995). Do as I do, not as I say: A behavior analytic approach to supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(4), 413-421. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.4.413>
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior therapy*, 27(4), 623-641. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(96\)80047-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80047-5)
- Froján, M., Montaña, M., Caleron, A., García, A., Garzón, A. & Ruíz, E. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema*, 20(4), 603-609, ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG
- Froján, M., Montaña, M., Calero, A. & Ruiz, E. (2011). Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico. *Clínica y Salud*, 22(1), 69-85. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n1a5>
- García-Mila, M., Gilabert, S., & Rojo, N. (2011). El cambio estratégico en la adquisición del conocimiento: la metodología microgenética. *Infancia y Aprendizaje*, 34(2), 169-180. <https://doi.org/10.1174/021037011795377566>

- Gómez-Dantés, O., Alonso-Concheiro, A., Razo-García, C., Bravo-Ruiz, M., Orozco, E., Serván-Mori, E., Alpuche-Aranda, C., Hernández-Ávila, M., Hajar-Medina, M., Lamadrid-Figueroa, H., Medina-Mora, M., Mohar-Betancourt, A., Reynales-Shigematsu, L., Rivera-Dommarco, J., Riojas-Rodríguez, H., Campillo-García, J., Lozano-Ascencio, R. & Martínez-Palomo, A. (2017). *Prioridades de Investigación en Salud en México*. Instituto Nacional de Salud Pública: Morelos, México. ISBN: 978-607-511-167-4.
- Herschell, A. D. (2010). Fidelity in the field: developing infrastructure and fine-tuning measurement. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(3), 253-257. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01216.x>
- Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). *Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes*. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 5, 84-135. John Wiley & Sons, Inc. ISBN 978-1-118-43362-1
- Iwata, B., Wallace, M., Kahng, S., Lindberg, J., Hanley, G., Thompson, R. & Worsdell, A. (2000). Skill acquisition in the implementation functional analysis methodology. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33(2), 181-194. <https://doi.org/10.1901/jaba.2000.33-181>
- Keslo, S. (1995) *Dynamic patterns: The self-organization of brain and behavior*. Cambridge MIT Press. ISBN 0-262-11200-0
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-70855-3>
- Kugler, P., Kelso, J., & Turvey, M. (1982). *The Development of Movement Control and Coordination*. Edt. John Wiley & Sons.
- Llewelyn, S. & Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*. 40(1), 1-21. <https://doi.org/10.1348/014466501163436>

- Miller, P. H., & Coyle, T. R. (1999). Developmental change: Lessons from microgenesis. *Conceptual development: Piaget's legacy*, 209-239.
- Miller, W. R., & Mount, K. A. (2001). A small study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(04), 457-471. <https://doi.org/10.1017/S1352465801004064>
- Miller, W. R., Yahne, C. E., & Tonigan, J. S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: A randomized trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 754. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.754>
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5, 307-389. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. ISBN 978-1-118-43362-1
- Petry, N. M., Alessi, S. M., Ledgerwood, D. M., & Sierra, S. (2010). Psychometric properties of the contingency management competence scale. *Drug and alcohol dependence*, 109(1), 167-174. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.12.027>
- Rosenfarb, I. S. (1992). A behavior analytic interpretation of the therapeutic relationship. *The Psychological Record*, 42(3), 341.
- Ruiz, E., Froján, M. & Galván, N. (2015). Verbal interaction patterns in clinical context: a model of how people change in therapy. *Psicothema*, 27(2), 12-31. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.119>
- Sholamskas, D., Syracuse, G., Rounsaville, B., Ball, S., Nuro, K. & Carroll, M. (2005). We don't train in vain: a dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavior therapy. *Journal of Consulting on Clinical Psychology*, 73(1), 106-115. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.106>
- Villatoro, J., Resendiz, E., Mujica, A., Bretón, M., Cañas, V., Soto, I., Fregoso, D., Fleiz, C., Medina-Mora, M., Gutiérrez, J., Franco, A., Romero, M. & Mendoza, L. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo*

- de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte Alcohol*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
- Webster-Stratton, C., Rinaldi, J., & Reid, J. M. (2011). Long-term outcomes of Incredible Years Parenting Program: Predictors of adolescent adjustment. *Child and Adolescent Mental Health*, 16(1), 38-46. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2010.00576.x>
- World Health Organization (2010). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care*. ISBN 978 92 4 159938 2
- World Health Organization (2016). *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0*. Washington, D.C.: WHO.

Received: October 8, 2021

Final Acceptance: January 26, 2022