



Enseñanza e Investigación en Psicología

ISSN: 0185-1594

rbulle@uv.mx

Consejo Nacional para la Enseñanza en
Investigación en Psicología A.C.
México

Pacheco Trejo, Ayme; Martínez Martínez, Kalina
EL ARTE DE SER TERAPEUTA: ¿QUÉ HACE EFECTIVA UNA INTERVENCIÓN EN EL CONSUMO
DE DROGAS?

Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 19, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 199-217

Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C.

Xalapa, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29232614012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

EL ARTE DE SER TERAPEUTA: ¿QUÉ HACE EFECTIVA UNA INTERVENCIÓN EN EL CONSUMO DE DROGAS?

The art of being a therapist: What does make an intervention in consumption of drugs effective?

Ayme Pacheco Trejo* y Kalina Martínez Martínez**

**Universidad Modelo¹*

***Universidad Autónoma de Aguascalientes²*

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue identificar las variables inespecíficas relacionadas con el éxito de un programa de intervención breve para adolescentes consumidores de alcohol, según la experiencia y opinión de un grupo de terapeutas del programa. Se reporta la información obtenida en entrevistas realizadas a ocho terapeutas y dos líderes del proyecto. Los resultados muestran que los factores asociados con el éxito de la intervención se relacionan con poseer conocimientos firmes sobre las bases teóricas que sustentan el modelo, dominio amplio del programa y sus componentes, actitud de compromiso hacia el programa, creencia en las posibilidades del cambio en los adolescentes y habilidades de empatía, motivación y reforzamiento. Con base en los hallazgos, se discute la importancia de entrenar y supervisar la adquisición de estas variables en terapeutas noveles.

Indicadores: Variables inespecíficas; Adicciones; Adolescencia; Terapeutas.

ABSTRACT

The aim of the present work was to identify the unspecific variables related to the success of a program of brief intervention for teenagers consuming alcohol according to the experience and opinion of a group of therapists of the program. The information obtained in interviews realized to eight therapists and two leaders of the project are shown. The results indicate that the factors associated with the success of the intervention relate with the knowledge

¹ Escuela de la Salud, Carretera antigua a Cancún Km 2.5, 97780 Valladolid, Yuc., México, correo electrónico: aime@modelo.edu.mx. Artículo recibido el 12 de junio y aceptado el 14 de agosto de 2012.

² Centro de Ciencias Sociales y Humanidades, Departamento de Psicología, Av. Universidad Núm. 940, 20100 Aguascalientes, Ags., México, correo electrónico: kimartin@correo.uaa.mx.

on the theoretical bases that sustain the model, a wide domain of the program and its components, attitude of commitment towards the program, belief in the possibilities of the change in the teenagers, and skills of empathy, motivation and reinforcement. On the basis of these findings, the importance of training and supervising the acquisition of these variables in new therapists is discussed.

Keywords: Unspecific variables; Addictions; Adolescence; Therapists.

INTRODUCCIÓN

Un reto importante en las ciencias de la salud es crear e instrumentar intervenciones novedosas, sistemáticas y teóricamente sólidas para lograr cambios en las personas a fin de mejorar su calidad de vida, aliviar su sufrimiento y lograr que adquieran ciertas habilidades. Conocer qué tratamientos son eficaces y para qué problemas disminuye los costos económicos y de tiempo a los usuarios e instituciones. Tales evaluaciones generalmente se han hecho bajo un método experimental y cuantitativo y considerando los conceptos de eficacia, efectividad y eficiencia; es decir, si beneficia a las personas, si es útil para la práctica clínica y si se obtiene mayor costo-beneficio que con otras terapias, respectivamente (Bados, García y Fusté, 2002).

Con base en los resultados de estos estudios, se ha generado una lista de intervenciones con soporte empírico aprobada por la American Psychological Association (cf. Roth y Fonagy, 2005). Los tratamientos incluidos en dicha lista mostraron superioridad estadística significativa que el uso de fármacos, placebos u otros tratamientos, además de que cuentan con manuales y procedimientos estandarizados, criterios claros en la muestra de los pacientes y demostración de sus efectos por al menos dos investigadores distintos o dos equipos de investigación diferentes (Chambless, 2001).

Estos resultados en conjunto han logrado identificar una serie de variables específicas que corresponden a los ingredientes activos de cada intervención, apoyados por los modelos teóricos que la sustentan; no obstante, investigaciones más recientes también reportan otros factores que contribuyen al éxito de la terapia, denominados por la literatura como “inespecíficos”. Al contrario de las variables específicas del tratamiento, los factores inespecíficos son los aspectos comunes a los modelos y que se enfocan en las particularidades del consultante, del terapeuta y de la relación entre ambos. Se refieren a un proceso dinámico,

influido por ciertos aspectos clínicos, como la interacción con el terapeuta (Opazo, 2001). En el estudio de estas variables subyace una postura en común: no es posible concebir una intervención psicológica que no se funde en una relación interpersonal entre paciente o cliente y terapeuta (Arriata, 2007). En consonancia con la postura de Carl Rogers (2000), la calidad emocional y relacional del vínculo entre ambos se considera como un ingrediente imprescindible del cambio.

Siguiendo esta lógica, diversas investigaciones han evaluado la contribución de los factores inespecíficos al cambio en escenarios clínicos, encontrando que 15% del cambio psicológico en la terapia puede atribuirse a factores específicos, mientras que hasta 45% se relaciona con los efectos de la relación terapéutica (Duan y Kivlighan, 2002; Frances, Sweeney y Clarkin, 1985; Santibáñez et al., 2008). Estos estudios abarcan, entre otros rubros, las interacciones entre el paciente y el terapeuta durante y entre las sesiones; los valores, actitudes, creencias y expectativas de los pacientes que se relacionan con el cambio, y la experiencia, filosofía y estilo del terapeuta relacionados con los resultados de la intervención (Orlinsky, Ronnestad y Willutzli, 2004). Las conclusiones de estas investigaciones implican repensar el concepto del paciente “desmotivado” como un “mito clínico”, pues revisiones recientes señalan que la motivación para el cambio no es un rasgo estable o inherente, ni tampoco una característica de la personalidad de los pacientes (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992); por el contrario, es un proceso dinámico e interactivo, fuertemente influenciado por la presencia de agentes sociales como el terapeuta y otros agentes relevantes.

En esta lógica, los estudios señalan que los terapeutas pueden llevar a cabo acciones propositivas para favorecer la motivación hacia el cambio; por ejemplo, colocar las metas del paciente como el foco del tratamiento, considerar la experiencia singular del paciente (Bachelor y Horvath, 1999; Elvins y Green, 2008) y ofrecer retroalimentación en distintas etapas de la intervención (Lambert et al., 2001). Otras investigaciones sobre el mismo rubro reportan los efectos de las dimensiones de empatía, comprensión y compromiso del terapeuta (Rogers, 2000), encontrando que aquellos que muestran altos niveles de desarrollo de estas dimensiones son más exitosos que quienes las han desarrollado menos (Luborsky, 2000). Asimismo, en un estudio clásico, Grencavage y Norcross (1990) afirman que el cambio se genera a través de una secuencia en que el apoyo a través de la relación terapéutica que brindan los clínicos es la base del cambio posterior en las actitudes, conductas

y creencias del paciente. De este modo, las experiencias que resultan del aumento de esta capacidad fortalecen a su vez el sentimiento de disposición a nuevos cambios. Lo anterior coincide con el concepto de *autoeficacia*: la confianza de las personas en sus propios resultados influye en las conductas, metas y formas de resolver los problemas (Bandura, 1977).

En este contexto, el presente trabajo, enmarcado en el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (PIBA) (Martínez, 2003), tuvo como objetivo comprender las circunstancias del cambio de conducta en usuarios consumidores de drogas, en función de variables inespecíficas relacionadas con el éxito del proceso terapéutico según la experiencia y opinión de un grupo de terapeutas del programa; es decir, parte de la pregunta acerca de qué hizo el terapeuta frente a determinado cliente, paciente o usuario para obtener el cambio deseado.

La presente investigación se sustenta en los supuestos del enfoque interpretativo; por lo tanto, los procedimientos de búsqueda, registro y análisis de la información que a continuación se describen pretendieron comprender el fenómeno a partir de la capacidad de los participantes para atribuir significado a las acciones sociales y actuar en consecuencia. Por consiguiente, el trabajo de campo incluyó la realización de entrevistas focalizadas con terapeutas y líderes del programa de intervención breve, tal como se describe adelante.

MÉTODO

Participantes

En la investigación participaron ocho terapeutas del PIBA y dos líderes del proyecto. Los terapeutas se eligieron considerando su tiempo de experiencia, el número de casos clínicos completados y las evaluaciones de los usuarios, características que se describen en el Cuadro 2.

El programa

El PIBA (Martínez, 2003; Martínez, Ávila, Pacheco y Lira, 2011; Martínez, Pedroza y Salazar, 2008) es un tratamiento breve que basa sus aplicaciones en la teoría del aprendizaje cognitivo social de Bandura (1986). Comparte con esta teoría la idea que el abuso en el consumo de alcohol o de otras sustancias es el resultado de un comportamiento aprendido

en un contexto sociocultural que se puede transformar a través de los principios de aprendizaje y modificación de los procesos cognoscitivos. Desde esta perspectiva, se piensa que la persona es un *agente activo* en el proceso de aprendizaje, capaz de autorregularse y anticipar las consecuencias a fin de que pueda modificar su consumo.

Actualmente, el PIBA, después de casi diez años de trabajo, ha podido documentar una línea de investigación consistente en el área de adicciones. El programa se conforma por una sesión de evaluación del patrón de consumo, una sesión de inducción, cuatro de tratamiento y tres de seguimiento. Las componentes del tratamiento incluyen estrategias motivacionales, de autocontrol y prevención de recaídas.

El PIBA ha demostrado empíricamente ser costo-eficiente al lograr una disminución de los patrones de consumo (cantidad y frecuencia), el aumento de autoeficacia de los usuarios, la reducción del número de problemas asociados con el consumo y la promoción de estrategias para enfrentar situaciones de riesgo de consumo, entre otros indicadores (Martínez, 2003); además, en el marco del programa se han creado y validado una gran diversidad de instrumentos de medición (autorregistros, cuestionarios, registros, reportes, manuales, guías y protocolos de intervención). Asimismo, el programa se ha aplicado en diferentes escenarios y a población escolarizada, no escolarizada, rural y urbana; asimismo, se han capacitado recursos humanos de licenciatura y posgrado en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las adicciones.

Procedimiento

El primer contacto con los entrevistados se realizó a través de correo electrónico y teléfono, por medio de los cuales se les informó del motivo de la investigación y se les solicitó su consentimiento y disponibilidad para participar. Acto seguido, se acordó la fecha, hora y lugar del encuentro inicial, para lo que se les solicitó dispusieran de dos horas para efectuar el mismo, acordando que, de ser necesario, se programaría una segunda entrevista.

Dichas entrevistas se llevaron a cabo en un cubículo de la Unidad de Atención e Investigación Psicológica de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, equipado con una mesa, dos sillones, un escritorio y una cámara de video.

El encuentro se intentó establecer en un ambiente cordial, decoroso y empático, en el cual se recordaron al entrevistado los motivos de la entrevista, el carácter confidencial de la misma y su autorización para grabar los datos. El consentimiento informado se obtuvo de manera verbal, quedando no obstante registrado en la grabación que con antelación había autorizado el participante. Asimismo, se le informó del uso que se le daría a la información que se recabara.

Se realizaron diez encuentros de conversación, uno por cada participante. Cada encuentro duró aproximadamente 90 minutos. La recolección de datos se hizo mediante la técnica de entrevista cualitativa (Kvale, 1996), la cual siguió los supuestos de la investigación social relativos a la posibilidad de establecer una interacción personal entre las personas participantes dirigido “a la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras” (Taylor y Bogdan, 1992, p. 101). Por ende, se indagaron las características de la formación del terapeuta y sus principales premisas de trabajo con adolescentes consumidores a partir de la perspectiva, voz y entendimiento de los mismos terapeutas a fin de validar su experiencia.

Para tal fin, se elaboró una guía de entrevista que dotó al encuentro de una estructura flexible y dinámica que permitió acotar y organizar las preguntas en áreas generales, según los objetivos de la investigación.

Análisis de datos

Todas las entrevistas se transcribieron a fin de confrontar posteriormente los registros auditivos con los registros en papel y corregir así los posibles errores. Los temas abordados en los encuentros de conversación se clasificaron en categorías basadas en la guía de entrevista y agrupadas mediante la técnica de categorización de significados propuesta por Kvale (1996). Según esta técnica, se realizó un primer paso, consistente en codificar la información de cada entrevista de manera deductiva y siguiendo los objetivos del trabajo en una serie de categorías mutuamente excluyentes que permitieran organizar la riqueza y complejidad de los datos obtenidos en las narraciones.

El segundo paso consistió en realizar una categorización más fina del tema. En este punto, se llevaron a cabo lecturas repetidas de cada entrevista para reconocer inductivamente qué información había en cada

una para así poder codificarla. Siguiendo este procedimiento, fue posible construir las categorías que mejor se adaptaban a la información recopilada, lo que a su vez facilitó la interpretación y el análisis de los testimonios a partir de los referentes teóricos.

El tercer paso implicó poner en perspectiva las categorías generadas en conjunto con el contenido total del texto, de tal forma que fuese posible la comprensión global de las narraciones y generar así respuestas a los objetivos de investigación. El Cuadro 1 resume las categorías exploradas en la investigación.

Cuadro 1. Temas clave de la guía de entrevista.

<p>Historia personal relacionada con su participación como terapeuta en el proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Razones para trabajar con adicciones. • Experiencia previa con el tema (personales, familiares, en general). • Creencias sobre sí mismo y cómo se define como terapeuta. • Experiencias de vida que influyen en su actuación como terapeuta. 	<p>Percepción de actitudes, habilidades y estilo terapéutico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de aspectos de la práctica que, según percibe, influyen en el tratamiento. • Percepción de autoeficacia en su práctica. • Descripción de actitudes, habilidades y estilo terapéutico relacionados con la práctica.
<p>Saberes respecto a las adicciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepción social y cultural sobre el consumo de drogas, sobre el usuario, sobre las personas que acuden al servicio y sobre las drogas en general. 	<p>Datos socio demográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad, estado civil, ocupación, grado máximo de estudio, religión.
<p>Conocimiento y experiencia en el modelo de intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de la terapia cognitivo-conductual y del PIBA en general. • Percepción de su experiencia como terapeuta y psicólogo. • Entrenamiento previo a las intervenciones. • Significado atribuido a su experiencia (¿cómo valora su desempeño?, ¿en qué términos?). 	

RESULTADOS

Terapeutas

Participaron diez terapeutas residentes en la ciudad de Aguascalientes (México), de los cuales dos fungían además como líderes del proyecto. Los participantes cumplieron con los criterios de al menos dos años de experiencia con el modelo, haberse distinguido por su compromiso con el proyecto y por sus casos finalizados con éxito, y estuvieran de acuerdo

en participar y ser videograbados. Las características sociodemográficas de los entrevistados se resumen en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Características sociodemográficas de los terapeutas.

	Edad	Grado máximo de estudios	Ocupación	Estado civil
Terapeuta 1	28	Licenciatura	Administrativo UAA	Soltero
Terapeuta 2	30	Maestría	Terapeuta Centro Nueva Vida	Soltero
Terapeuta 3	25	Licenciatura	Estudiante	Soltero
Terapeuta 4	26	Licenciatura	Estudiante de maestría	Soltero
Terapeuta 5	24	Licenciatura	Docente	Soltero
Terapeuta 6	24	Licenciatura	Administrativo UAA	Soltero
Terapeuta 7	42	Doctorado	Docente UAA	Soltero
Terapeuta 8	30	Maestría	Estudiante de doctorado	Casado
Terapeuta 9	38	Doctorado	Investigadora UAA	Casado
Terapeuta 10	34	Doctorado	Investigadora UAA	Soltero

Para los propósitos del presente trabajo, solo se reportan los principales hallazgos sobre las variables clínicas, que en opinión de los terapeutas se asocian con el éxito de la intervención y que se relacionan con las categorías de conocimiento, actitudes y habilidades.

Conocimientos

En opinión de los entrevistados, el conocimiento amplio del modelo teórico que enmarca el modelo del PIBA es un aspecto básico e indispensable para garantizar el éxito del tratamiento. Lo anterior implica el dominio del paradigma cognitivo-conductual que enmarca el programa y de los supuestos básicos de la modificación de conducta. Por otro lado, también enfatizaron la necesidad de conocer a fondo cada uno de los componentes de la intervención, específicamente el que los terapeutas dominen el contenido completo del manual y de cada una de las sesiones, manejen el material y folletería y conozcan y apliquen de manera estandarizada los instrumentos de evaluación. Un terapeuta afirmó: “Otra cosa importante es la teoría; a la teoría la tienes que tener aquí (señala su cabeza); te ayudará a establecer conjeturas, a escuchar de manera activa y también a ser empático”.

Como dato interesante, en la realización de las entrevistas algunos terapeutas señalaron sentirse “nerviosos” al inicio de la plática; sin embargo, al abrir el diálogo se les preguntó si tenían alguna duda sobre el

objetivo o la dinámica del encuentro de conversación, además de aclararles que no era intención del estudio evaluar y mucho menos juzgar sus conocimientos del modelo. Ante eso, los informantes lograron relajarse y colaborar de manera más activa.

Actitudes y creencias

Se observó que todos los terapeutas entrevistados señalaron la importancia de mantener una actitud abierta y crítica sobre el consumo; por ejemplo, un entrevistado señaló las ventajas de “tomar alcohol con moderación en vez de criticar negativamente su consumo”. Esta postura se acompaña con la idea de evitar estereotipos y prejuicios acerca de la persona consumidora; otro informante dijo que se piensa que “todos los muchachos que consumen son flojos y reprueban en la escuela, cuando en la realidad se demuestra que algunos pueden ser excelentes alumnos”. En este mismo tenor, los informantes coincidieron en la relevancia de evitar considerar la adolescencia como una etapa problemática per se, lo que conlleva pensar en los jóvenes como “personas activas en un proceso de cambio”, más que como sujetos conflictivos a merced de las consecuencias de las transformaciones físicas y psicológicas propias de esa etapa de la vida.

Un elevado compromiso hacia el programa es otra actitud que se compartió ampliamente. Se recabaron opiniones coincidentes que valoraban positivamente la experiencia de pertenecer a un grupo de investigadores, el cual les había conferido un sentimiento de identidad, palpable en sus opiniones.

El papel del experto *versus* el terapeuta como facilitador o guía fue otra idea común. En general, pensaban que es más probable el “enganche” con el adolescente usuario si evitan erguirse desde el principio como figuras de autoridad incuestionable. Con frecuencia los adolescentes llegan al programa con la idea de que recibirán un regaño o que les dirán exactamente qué hacer con sus vidas. En palabras de una terapeuta: «Es importante al recibir al paciente que uno no se ponga con la postura de ser el experto y de que “yo te voy a enseñar”; tampoco hay que hacerles pensar que, “como soy mayor que tú, sé todo lo que tienes que hacer en tu vida o te voy a regañar”».

Un aspecto clave que se vincula al proceso de cambio en el usuario fue la creencia en el éxito del programa. Los terapeutas creían que el

programa funciona ya que lo habían comprobado a partir de su propia experiencia. Si bien reportaron que no en todos los casos se logra la modificación de los patrones de consumo o el mantenimiento del cambio, estaban convencidos de que la intervención tiene efectos en otros aspectos de la vida de la persona, como la reducción de daños y la adquisición de habilidades para resolver otros problemas. Es interesante señalar que no basta únicamente con *creer* que el programa tendrá resultados satisfactorios, sino que también es necesario tener ideas firmes sobre la posibilidad de cambio del usuario; en suma, creer en el adolescente y mostrar interés, comprensión y preocupación hacia su persona. La creencia en que el programa funciona y que las personas pueden cambiar, se combinan con la actitud de compromiso anteriormente señalado para generar la sensación de poder proporcionar ayuda, lo que motiva al terapeuta a trabajar para el logro de los objetivos de la intervención. Las siguientes son algunas de las opiniones de tres terapeutas al ser interrogados sobre su opinión respecto al elemento que hace posible el cambio en la intervención:

“Decirse a sí mismo: la persona está aquí, y yo tengo un compromiso muy fuerte de acompañarla y guiarla en el proceso. Que sienta eso”.

«Un paciente me preguntó: ¿Usted cree en mí?» y le dije: “Claro que creo en ti”. Pienso que el terapeuta debe creer en lo que está haciendo, pero también creer en el chico».

“Creo que hay que considerar dos cosas: cuánto creo en la posibilidad de cambio de la persona, y también qué tan capaz me siento de poder ayudar”.

Como parte de los ingredientes del cambio, los terapeutas también señalaron la flexibilidad del modelo en dos circunstancias específicas: 1) el hecho de que sea posible plantear como metas de la intervención la abstinencia, el retiro gradual e incluso la moderación, hace más atractivo el programa para los adolescentes ya que de entrada es posible negociar con ellos el objetivo a cumplir en el mismo, y 2) los terapeutas señalaron que con frecuencia los jóvenes que acuden a las sesiones desean discutir o platicar otros temas problemáticos de vida, que pueden ser consecuencia o no del acto de consumir; en esas circunstancias, en palabras de un terapeuta, resulta necesario “Darse

chance de escuchar al chavo, lo cual significa desviarse un poco del manual; pero de otra forma no se sentirá escuchado y será difícil que regrese”.

La oportunidad de escuchar, por otro lado, posibilita plantear al joven la aplicación de las habilidades aprendidas en el programa a otras circunstancias de vida.

Finalmente, para los terapeutas también resulta importante mantener una actitud congruente con el modelo respecto a sus propios consumos; en otras palabras, “predicar con el ejemplo”. Dos terapeutas del programa dijeron ser abstemios, y los que no lo eran, que trataban de consumir con “responsabilidad”.

Habilidades

En la categoría de habilidades, los terapeutas coincidieron en opinar que la escucha activa, empática y reflexiva es indispensable para el logro de los objetivos. Otra observación fue sobre un uso específico del lenguaje que fuera cercano a los jóvenes y que se alejara de la jerga médica o psicológica. Al respecto, un terapeuta señaló lo siguiente: «Los muchachos ya escucharon con frecuencia discursos de otras autoridades, como padres o profesores, que con buenas intenciones les advierten sobre su consumo, pero desde una postura de “yo me las sé de todas todas” y con cero empatía. Al llegar al programa se sienten comprendidos, ya que de hecho nosotros también somos jóvenes, y a veces hasta compartimos experiencias de alguna ocasión que tuvimos una consecuencia negativa por tomar demasiado o estar “crudos”. Entonces la sesión transcurre en un ambiente donde el chico se siente a gusto y motivado para seguir viniendo y lograr su meta de consumo».

Reforzar los cambios logrados, por pequeños que sean, así como retroalimentar y guiar en los siguientes pasos, también se señalaron como habilidades relevantes. En resumen, los entrevistados vieron la necesidad de adquirir o desarrollar habilidades verbales, de empatía y de motivación, que se acompañan de un interés genuino de ayudar a los adolescentes, como condiciones necesarias para ser un terapeuta exitoso en el programa.

En el Cuadro 3 se presenta un esquema resumido de los hallazgos.

Cuadro 3. Variables relacionadas con el cambio según los informantes.

<p>Conocimientos teóricos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de las bases conceptuales del programa y del análisis conductual aplicado. • Dominio del manual. • Dominio de cada componente. • Manejo amplio del material. • Aplicación de instrumentos. • Uso de folletos. • Bases de datos.
<p>Actitudes/creencias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tener un elevado compromiso con el programa. • Tener interés, comprensión y preocupación por el usuario. • Tener la capacidad de ayudar. • Tener creencias firmes sobre el éxito del programa. • Considerar la moderación o el retiro gradual antes de la abstinencia. • Mantener una actitud “congruente” con los objetivos del programa respecto a sus propios consumos. • Tener un postura de facilitador o guía en lugar de experto. • Evitar etiquetas y prejuicios hacia el usuario consumidor. • Tener una actitud no estereotipada sobre la adolescencia como etapa de vida. • Tener creencias firmes sobre la posibilidad de cambio en el usuario. • Brindar la oportunidad de escuchar al usuario cuando quiere hablar de otros temas diferentes al consumo.
<p>Habilidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades de empatía. • Habilidades cognitivas. • Habilidades verbales. • Habilidades motivacionales. • Habilidad para manejar situaciones problemáticas de vida. • Escucha activa, empática, reflexiva. • Análisis, síntesis, abstracción. • Uso de lenguaje coloquial y accesible a los jóvenes. • Capacidad para reforzar, retroalimentar, guiar. • Manejo flexible de situaciones no descritas en el manual y usarlas como ejemplo para aplicar las estrategias aprendidas.

DISCUSIÓN

Considerando la información recabada de los terapeutas, es posible señalar que los factores asociados con el éxito de la intervención se relacionan con 1) poseer conocimientos firmes sobre las bases teóricas que sustentan el modelo y un dominio amplio del programa y sus componentes, incluyendo el uso de manuales, folletería y materiales; 2) tener un compromiso hacia el programa y un interés genuino por los usua-

rios; 3) creer en las posibilidades del cambio en los adolescentes y tener confianza en la posibilidad de lograrlo a través de la aplicación sistemática del programa; 4) poseer habilidades terapéuticas en el manejo de situaciones problemáticas de vida de los usuarios como resultado o no del consumo, y 5) tener habilidades de empatía, motivación y reforzamiento.

A la luz de estos hallazgos, un primer punto a discutir es el enfoque metodológico en el cual se enmarcó la presente investigación, ya que si bien las estrategias para recabar información sobre los factores asociados a los cambios difieren de otros estudios, en los que los datos se obtienen principalmente a través de un enfoque experimental y cuantitativo, en ambos tipos de investigación se logró llegar a la misma conclusión: el cambio o parte del mismo puede estar fuertemente ligado a la acción de variables inespecíficas o factores comunes compartidos por los diferentes enfoques (Opazo, 2001).

Desde la postura del presente estudio, el objetivo de identificar los ingredientes activos vinculados con el ejercicio de los terapeutas del PIBA, los cuales se relacionan con el cambio en los usuarios, se logró mediante la comprensión de los procesos a partir de la opinión de las personas involucradas en dicha modificación, más que a través de la medición o evaluación de los mismos.

Por otro lado, si bien los diferentes estudios sobre los procesos psicoterapéuticos señalan que las variables o factores asociados con el éxito en la terapia se relacionan con los aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación entre ambos, los cuales son comunes a cualquier psicoterapia, independientemente de las técnicas o marco teórico empleado (Opazo, 2001), los hallazgos de la presente investigación demuestran que el conocimiento teórico y la aplicación sistemática del modelo en particular se combinan con esas variables comunes para el logro del cambio. Estos resultados se fortalecen si además se considera que se entrevistó a terapeutas que se habían destacado por su participación en el PIBA debido, entre otros aspectos, a su dominio y experiencia en el mismo.

Lo anterior permite concluir que, sin dejar de reconocer la relevancia de los factores inespecíficos en el logro de los objetivos de una intervención, tal como se reporta en la literatura del área, esta aseveración debe tomarse con las debidas reservas, pues resulta necesario que dichas variables se implementen en el marco de intervenciones éticas,

teórica y empíricamente fundamentadas, sobre todo en el tratamiento de fenómenos como las adicciones, cuyas consecuencias negativas en los jóvenes están ampliamente documentadas.

Es importante señalar que la aplicación sistemática de los componentes del modelo no está reñida con la posibilidad de inducir algunas modificaciones, como la duración del tiempo de las sesiones, la inclusión de otros ejemplos, el cambio en el orden de los ejercicios programados, la disposición para escuchar otros aspectos vitales fuera del consumo y discutirlos con el usuario, entre otros. La posibilidad de adaptar el programa, y por consiguiente la habilidad para lograr hacerlo de manera óptima, es precisamente una variable que se percibe por los terapeutas como una fortaleza que induce al cambio.

Este último hallazgo se relaciona con una nueva línea de investigación que se está generando dentro del PIBA, la cual se refiere al estudio de las condiciones que facilitan o interfieren con el proceso de transferencia de la tecnología, entendiéndosele como el conjunto de innovaciones que, al ser adoptadas por una comunidad o grupo de personas, se espera que perfeccionen una actividad, una tarea o un mecanismo, y que, en el caso específico de la psicología, mejoren las condiciones de vida de una persona o resuelvan un problema de esta índole (Martínez y Medina-Mora, en preparación). La transferencia de tecnología implica la aplicación de procedimientos terapéuticos empíricamente validados en escenarios reales, más allá de los ensayos clínicos (Chambless, 2001). Martínez y Medina-Mora (en preparación) plantean que el profesional debe aprender, junto con la técnica de intervención, nuevas habilidades terapéuticas y de comunicación con el usuario al adoptar una nueva tecnología. Lo anterior conlleva suponer que el profesional se apropia de ese nuevo conocimiento, adaptándolo e introduciendo en él cambios al incorporar su propia experiencia. Tal proceso de traslación o reinención necesariamente debe ser evaluado y sistematizado a fin de incorporar las modificaciones exitosas en los manuales y demás materiales del programa a fin de seguir generando intervenciones empíricamente validadas.

Otro hallazgo importante se relaciona con el sistema de creencias de los terapeutas en cuanto a la posibilidad del cambio en tres niveles: 1) creer en el cambio a través del programa, 2) creer en el adolescente usuario y 3) creer en ellos mismos como promotores de ayuda para el cambio. Al respecto, estos tres factores de tipo cognitivo se pueden expli-

car considerando, respectivamente, *a*) el conocimiento del programa y el compromiso con el mismo, que han dotado al grupo de un sentimiento de identidad, aunado a su experiencia personal de trabajo, que ha logrado comprobar el éxito del tratamiento, y *b*) la opinión consensuada de los terapeutas sobre la adolescencia como una etapa de vida que se aleja de los estereotipos negativos. Como ya se ha mencionado, los modelos anclados en la perspectiva cognitiva-conductual, al tener la flexibilidad para ofrecer a los usuarios la alternativa entre la abstinencia y la moderación, consideran al usuario como un sujeto activo en su proceso de cambio que puede acordar con el terapeuta sus propias metas. Al respecto, Bandura (1986) señala que las personas tienen una mejor ejecución cuando se han involucrado activamente en el proceso de selección de metas, en comparación a cuando sus metas son fijadas por otros.

Esta concepción marca necesariamente una visión diferente del problema para ofrecer alternativas de solución generadas incluso por los mismos usuarios, apelando a su experiencia para hacer frente a situaciones de riesgo y cumpliendo la meta propuesta en el programa (Martínez, Bárcenas y Pacheco, en prensa).

Los hallazgos anteriores pueden asimismo discutirse retomando el concepto de transferencia de tecnología, pues los resultados muestran factores que, al menos para este modelo, posibilitaron la adopción del programa y, por ende, en su ausencia se dificulta la adopción de la innovación al establecerse barreras. Estos datos concuerdan con las conclusiones de un estudio de Martínez, Carrascosa y Ayala (2003), realizado con 206 profesionales. Los datos obtenidos a través de la aplicación de diferentes instrumentos permitió a los autores distinguir tres tipos de barreras, a saber: institucionales (como la falta de apoyo de autoridades y funcionarios para la implementación del programa), barreras para la diseminación (relacionadas con escasos conocimientos, habilidades e interés del profesional encargado de aplicar el modelo) y personales (vinculados a la autoeficacia del terapeuta, su motivación para impartir el programa, su formación profesional o el tiempo de que dispone para organizar, planear y ejecutar el programa, entre otros).

Se piensa que en el presente estudio los tres aspectos anteriormente señalados (compromiso ante el programa, concepción activa del sujeto usuario y autoeficacia del terapeuta, junto con la capacitación directa por los líderes del proyecto, que incluyó una revisión crítica del modelo, prácticas supervisadas, juego de roles y observaciones en vivo

de intervenciones) son variables que pueden estar relacionados con el rompimiento de las tres barreras mencionadas y la implementación exitosa del PIBA por parte de los terapeutas.

En conjunto, estos datos mostraron la importancia de ordenar, sistematizar e integrar la información de las variables del terapeuta que coadyuvan al éxito de la intervención con el conocimiento teórico del modelo, en un protocolo de capacitación para los terapeutas que recién ingresan al programa. Considerando que diversos autores señalan que la aplicación rígida de los manuales de psicoterapia puede llevar al deterioro de la alianza (Bein et al., 2000; De la Parra e Isla, 2000), dicha capacitación, además de enfocarse a los supuestos teóricos y componentes del programa, debiera incluir el modelamiento y la supervisión de las variables clínicas del terapeuta que, como consta en el presente estudio, se relacionan con el éxito del tratamiento. Ahora bien, en diversas investigaciones se cuestiona la posibilidad de entrenar constructos relacionados con la alianza terapéutica, tales como la empatía, el compromiso o la comprensión, concluyendo que estos factores inespecíficos son independientes de la formación y la experiencia profesional (Winkler, Avenaño, Krause y Soto, 1993). En ese sentido, si bien se reconoce que los terapeutas difieren en sus valores, actitudes, creencias y expectativas acerca de los pacientes, y que además tienen su propia visión y estilo terapéutico, parece posible adiestrar al profesional en formación en un conjunto de destrezas clínicas cuya efectividad ha recibido apoyo empírico. Específicamente en el área de la psicología, como resultado de pensar que dichas habilidades clínicas deben ser “inherentes” a los estudiantes, suponiéndolas parte del perfil de ingreso necesario para cursar la carrera, se omite tradicionalmente su enseñanza para la práctica profesional.

Los resultados del presente estudio justifican la necesidad de incorporar en el mapa curricular de la formación de pre y posgrado asignaturas que tengan el objetivo de entrenar y supervisar la adquisición de estas variables, y que además se examinen y discutan los tratamientos validados empíricamente y con evidencia de ser costo-efectivos.

Por último, generar líneas de trabajo que integren los aspectos socioculturales, el conocimiento y la experiencia de los agentes involucrados en el proceso de cambio (Pulido, 2002; Romaní, 2003) con los resultados de investigaciones rigurosas y sistemáticas que aporten datos “duros”, puede generar conocimientos que coadyuven a la creación y dise-

minación de programas novedosos y eficaces que optimicen los recursos disponibles y abatan los enormes costos sanitarios que representa el fenómeno de las adicciones.

REFERENCIAS

- Arriata, M. (2007). La efectividad del proceso terapéutico en relación a la retroalimentación y la alianza terapéutica. *Ciencia Psicológica*, 1(2), 2-12.
- Bachelor, A. y Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. En M. A. Hubble, B. L. Duncan y S. D. Millar (Eds.): *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: APA Press.
- Bados, A., García, E. y Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 479-504.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bein, E., Anderson, T., Strupp, H., Henry, W., Schacht, T., Binder, J. y Butler, S. (2000). The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in psychotherapeutic outcome. *Psychotherapy Research*, 10, 119-132.
- Chambless, D. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- De la Parra, G. e Isla, R. (2000). The experience of training novel therapists with a dynamic psychotherapy manual: What do they really learn? En A. Hagelin (Ed.): *Congress of Latin American Research Committee* (pp. 309-340). Buenos Aires: International Psychoanalytic Association.
- Duan, C. y Kivlighan, D.M. Jr. (2002). Relationships among therapist pre-session mood, therapist empathy, and session evaluation. *Psychotherapy Research*, 12(1), 23-37.
- Elvins, R. y Green, J. (2008): The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167-1187.
- Frances, A., Sweeney, J. y Clarkin, J. (1985). Do psychotherapies have specific effects? *American Journal of Psychotherapy*, 39(2), 159-174.
- Grencavage, L.M. y Norcross, J.C. (1990). What are the commonalities among the therapeutic factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378.
- Kvale, S. (1996). *Interviews. An introduction to qualitative research interviewing*. Newbury Park, CA: Sage.

- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Smart, D.W., Vermeersch, D.A., Nielsen, S.L. y Hawkins, E.J. (2001). The effects of providing therapist with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11(1), 49-68.
- Luborsky, L. (2000). A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychotherapy Research*, 1, 17-29.
- Martínez, K. (2003). *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Disertación doctoral no publicada. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martínez, K.I., Pedroza, F. y Salazar, M.L. (2008). Programa de intervención breve para adolescentes que abusan del consumo de alcohol y otras drogas: resultados de la aplicación con adolescentes consumidores de alcohol de Aguascalientes y Distrito Federal. *Anuario de Investigación en Adicciones*, 9, 46-57.
- Martínez, K.I., Ávila, O., Pacheco, A. y Lira, J. (2011). Investigaciones longitudinales: su importancia en el estudio del mantenimiento del cambio en las adicciones. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2), 357-386.
- Martínez, K.I., Bárcenas, A. y Pacheco, A. (en prensa). *En voz de la experiencia: estrategias de afrontamiento en adolescentes que concluyeron un programa de intervención en consumo de alcohol*.
- Martínez, K.I. y Medina-Mora, M.E. (en preparación). *La transferencia tecnológica en la prevención y tratamiento de las adicciones: Puente entre los investigadores y los clínicos*.
- Martínez, K.I., Carrascosa, C. y Ayala, H. (2003). Una estrategia de diseminación en la psicología: los talleres interactivos. *Salud Pública de México*, 4, 5-12.
- Opazo, R. (2001). *Integrative psychotherapy. Clinical delimitation*. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.
- Orlinsky, D., Ronnestad, M. y Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. En M. Lambert (Ed.): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th. ed.) (pp. 307-393). New York: Wiley.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Pulido, M.A. (2002). Los agenciamientos sociales y la prevención integral del uso indebido de drogas: una lectura cultural. En M. Hopenhayn (Ed.): *Prevenir en drogas. Enfoques integrales y contactos culturales* (pp. 29-40). Santiago de Chile: CEPAL (Series Políticas y Sociales, 61).
- Rogers, C. (2000). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Romani, O. (2003). Etnografía y drogas. Discursos y prácticas *Nueva Antropología, Revista de Ciencias Sociales*, 52(3), 69-89.

Roth, A. y Fonagy, P. (2005). *What works for whom?* (2nd ed.). New York: The Guildford Press.

Santibáñez, P., Román, M., Chenevard, C., Espinoza, A., Irribarra, D. y Vergara, P. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26, 89-98.

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Winkler, M.I., Avendaño, C., Krause, M. y Soto, A. (1993). El cambio psicológico desde la perspectiva de los consultantes. *Terapia Psicológica*, 11(1), 7-19.

