



UNIVERSIDAD DE CHILE  
Facultad de Ciencias Sociales  
Escuela de Postgrado  
Programa de Magíster en Psicología Clínica de Adultos

**Evaluación de la organización del Sí mismo en pacientes con  
dependencia química en distintas etapas de tratamiento.**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica, mención Clínica Adultos.

Alumna: Loreto Arriagada Vásquez

Profesor Patrocinante: Irma Palma Manríquez

Profesor Asesor Metodológico: Elisabeth Wenk Wehmeyer

Santiago, 2010

# Índice.

<b>I. Formulación del Problema y Antecedentes Teóricos</b>	4
1. Modelo Cognitivo Constructivista y Dimensiones Operativas	5
2. Tratamiento de la Dependencia Química.	8
3. Operativización de los cambios.	10
<b>II. Objetivos e Hipótesis</b>	12
1. Objetivo General	12
2. Objetivos Específicos	12
3. Preguntas de Investigación	12
4. Hipótesis	13
<b>III. Metodología</b>	14
1. Tipo de investigación	14
2. Diseño de investigación	14
3. Definición de Variables.	15
4. Descripción de población y la muestra	16
5. Características de la muestra	17
6. Instrumento de recolección de datos.	19
7. Procedimiento de recolección de información	20
8. Análisis estadístico.	20
<b>IV. Análisis y Resultados</b>	21
1. Descripción de las evaluaciones y análisis realizados.	21
2. Comparaciones entre grupos de la misma etapa, en primera y segunda medición.	25

2.1 Diferencias/Semejanzas entre grupos de la segunda etapa de tratamiento, primera y segunda medición.	25
2.2. Diferencias/Semejanzas entre pacientes que están en la tercera etapa de tratamiento, en primera medición y segunda medición.	27
3. Comparaciones entre grupos, por etapas de tratamiento	28
3.1 Diferencias / Semejanzas en la comparación del grupo total (N=18), antes y después (6 meses de diferencia).	28
3.2 Diferencias / Semejanzas entre grupos en la primera medición.	31
3.3 Diferencias / Semejanzas entre los pacientes de la primera y segunda etapa en la primera medición	33
3.4 Diferencias / Semejanzas entre pacientes de la segunda etapa y tercera etapa de tratamiento en la primera medición.	35
3.5 Diferencias / Semejanzas entre los pacientes de la segunda y tercera etapa de tratamiento en la segunda medición.	37
<b>4. Comparaciones por subgrupos</b>	40
4.1 Diferencias / Semejanzas en evaluación del subgrupo de pacientes que estaba en la primera etapa de tratamiento durante la primera medición. Comparación entre primera y segunda evaluación de este subgrupo.	40
4.2 Diferencias / Semejanzas en la evaluación del subgrupo de pacientes que estaba en la segunda etapa del tratamiento en la primera evaluación.	42
4.3 Diferencias / Semejanzas entre pacientes que están en la tercera etapa de tratamiento en ambas evaluaciones.	46
<b>V. Discusión y Conclusiones.</b>	49
<b>VI. Bibliografía</b>	56

## **I. Formulación del Problema y Antecedentes Teóricos**

El objeto del presente estudio es evaluar el funcionamiento del Sí mismo, a través de la evaluación de las dimensiones operativas, en sujetos con diagnóstico de dependencia química que participan en un tratamiento de adicciones altamente estructurado.

Se sitúa teóricamente en el enfoque Cognitivo y desarrolla centralmente los conceptos de Dimensiones Operativas y su funcionamiento en el área de las adicciones. El concepto de Dimensiones Operativas se refiere a ciertas variables cuya expresión puede dar cuenta del funcionamiento interno del sujeto.

Se entiende para esto la dependencia química, como un patrón desadaptativo de consumo que supone una alteración en el funcionamiento del sujeto a nivel conductual. El tratamiento tendría el objetivo de restablecer las condiciones de funcionamiento del Sí mismo. Esto podría verse reflejado en la evaluación de las dimensiones operativas. El tratamiento de la dependencia química supone cambios importantes en el funcionamiento en todas las áreas de la vida. Generalmente se aplica un tratamiento prolongado que pretende generar un cambio profundo y en que la recuperación se mantenga a través del tiempo. Se pretende entonces, dar cuenta de cómo el cambio en las dimensiones operativas, expresa el cambio que opera en el sujeto que está en proceso de rehabilitación.

Normalmente el éxito de los tratamientos en el ámbito de las adicciones guarda relación con el logro de abstinencia y la reparación total o parcial del daño psicosocial ocasionado por el consumo de sustancias. Sin embargo, la evaluación de estos aspectos no permite una comprensión más profunda de los cambios en el funcionamiento del Sí mismo, cuyo resultado serían estas modificaciones conductuales. El incluir la evaluación en distintas etapas del proceso respecto de las dimensiones operativas podría permitir comprender cómo se modifica el funcionamiento del Sí mismo en un sujeto que logra mejoría respecto de la dependencia, pero al mismo tiempo podría dar cuenta de la gradualidad de los cambios que ocurren en el proceso de tratamiento, y de este modo, funcionar como un elemento predictor de la evolución del tratamiento.

Paralelamente, este estudio permitirá ensayar la aplicación de un cuestionario que podría perfilarse como una nueva posibilidad de observación de los cambios y de comparación entre distintos pacientes o grupos de pacientes, logrando extender el conocimiento de cómo funcionan las dimensiones operativas en la patología adictiva.

## **1. Modelo Cognitivo Constructivista y dimensiones operativas.**

La teoría cognitivo constructivista concibe al sujeto como un Sistema Complejo Adaptativo en Equilibrio Inestable (Yáñez, 2006), esto implica, por una parte, que su organización integra la capacidad de responder a las condiciones externas de manera efectiva; pero al mismo tiempo hay *una permanente oscilación entre los mecanismos de mantención y los mecanismos de cambio*, lo que resulta en una mayor complejidad que favorece la adaptación.

Desde la teoría cognitivo constructivista el Sí mismo *es un sistema de conocimiento personal que provee al sujeto de un sentido de identidad coherente y permanente, a través de la dinámica de procesos de continuidad y cambio, en relación con el mundo* (Yáñez, 2005) Se pueden distinguir, en la constitución del sí mismo, procesos de nivel profundo y procesos de nivel superficial.

El nivel profundo estaría relacionado con la estructura del sistema, es decir, con los componentes de la experiencia vital acumulados a través de la historia evolutiva del sujeto, y con la disposición espacio-temporal de los componentes, que se relaciona con la disponibilidad de contenidos para la integración de la experiencia en curso (Yáñez, 2005).

El nivel superficial se relaciona con las reacciones del sujeto respecto de las perturbaciones del medio. Las dimensiones operativas corresponden a este nivel, reflejando aspectos los sistemas de funcionamiento profundos pero que operan a nivel de la interacción del sujeto con el medio a partir del las consonancias y discrepancias que se produzcan en el sistema de conocimiento.

Las dimensiones operativas son descritas como:

*Polaridades antitéticas que expresan el funcionamiento operativo del proceso de mismidad de un sujeto, como respuesta a las presiones del medio. Consisten en opciones preferentes de desplazamiento entre dos extremos polares de modos de funcionamiento proactivo, que permiten resolver las demandas de cambio o mantenimiento de la coherencia del sistema. (Yáñez, 2005)*

De acuerdo a la descripción de las dimensiones operativas, la psicopatología no está expresada por un lugar particular dentro del continuum de una categoría, sino más bien por la capacidad de ajustar ese funcionamiento a las demandas que una situación particular impone al sistema, a modo de desafío a la estabilidad.

De acuerdo a lo expuesto por Yáñez (2006), en el entendido de que la dependencia química a sustancias implica para el sujeto una amenaza a la estabilidad del sistema (Sí mismo), podríamos suponer que las dimensiones operativas reflejen este esfuerzo por mantener la coherencia desplazando el funcionamiento operativo del sujeto hacia uno de los polos. Este movimiento podría corregirse en la medida en que el nivel de discrepancia entre la experiencia y el sí mismo se restablece.

A partir del tratamiento y de la modificación de patrones cognitivos, conductuales y emocionales, el sistema debiera lograr un nuevo equilibrio, que se reflejaría en un movimiento entre las polaridades de las dimensiones operativas, respecto de lo expresado en etapas iniciales del tratamiento. Más específicamente, sería esperable que en la medida en que los sujetos avanzan en el tratamiento y comienzan a establecer nuevos esquemas de funcionamiento, esto se represente en una variación en el continuo de las dimensiones operativas, de acuerdo al siguiente esquema:

Abstracción	–	Concreción
Flexibilidad	–	Rigidez
Inclusión	–	Exclusión
Proactividad	–	Reactividad
Exposición	–	Evitación

#### Dimensión **Concreción – Abstracción:**

Yáñez (2008), define que esta dimensión se refiere a los niveles de simbolización de la experiencia del sujeto, en categorías conceptuales explicativas. En esta categoría lo patológico sería la interferencia del proceso de simbolización, cuando las demandas superan las posibilidades del sujeto de construir explicaciones.

#### Dimensión **Flexibilidad – Rigidez:**

Esta dimensión tiene que ver con las estructuras de procesamiento de información y conocimiento (Yáñez, 2008) que se traducen en una mayor o menor gama de posibilidades de integrar conocimiento derivado de nuevas experiencias. Lo patológico en esta categoría sería la dificultad para integrar nuevas experiencias, disminuyendo las posibilidades del sistema de aumentar su complejidad.

#### Dimensión **Inclusión – Exclusión:**

Esta dimensión tiene que ver con la capacidad del sistema de integrar nuevos conocimientos a partir de la experiencia en curso. Lo patológico estaría asociado a la frecuencia con que se excluyen de la consciencia contenidos de la experiencia (Yáñez, 2008).

#### Dimensión **Proactividad – Reactividad:**

Esta dimensión se refiere al estilo de enfrentamiento de las demandas del medio. Lo patológico sería lo tendiente a la inactividad, que no permite desplegar las competencias del sistema (Yáñez, 2008).

#### Dimensión **Exposición – Evitación:**

Esta dimensión se refiere a la actitud del sujeto frente a las demandas del medio (Yáñez, 2008), que puede ampliar o limitar las posibilidades de desarrollo del sistema.

Estas definiciones incluyen en sus criterios la modificación en los patrones de comportamiento cognitivos y emocionales. En consideración que la función principal del sí mismo consiste en la construcción y reconstrucción de la estructura y la organización de los procesos de conocimiento a

partir de demandas externas desbordantes, o bien de disfuncionalidades del propio sistema que requieren ser reordenadas para mantener la dinámica, es interesante dilucidar el papel de la dependencia en la articulación de este proceso, tomando como punto de partida la noción de sujeto según los planteamientos constructivistas que lo entienden como un sistema complejo en equilibrio inestable, que se constituye por una estructura profunda y una estructura superficial expresada en categorías polares de funcionamiento denominadas dimensiones operativas, que enuncian el funcionamiento operativo del sujeto en su proceso de mismidad, la cual es entendida como un sistema de conocimiento que provee un sentido concordante de uno mismo a través de un sentimiento de unicidad y continuidad personal, como respuesta a las presiones del medio (Yáñez, 2005)

## **2. Tratamiento de la Dependencia Química.**

La dependencia química, entendida de acuerdo a los criterios establecidos en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), implica un patrón desadaptativo de uso de sustancias que conlleva efectos tales como el desarrollo de *tolerancia*, descrita como la necesidad de aumentar las dosis para conseguir el mismo efecto; *abstinencia*, definido como un malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad laboral o social del sujeto; deseo permanente o esfuerzos infructuosos por controlar el consumo; reducción de actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia; y en que se mantiene el consumo a pesar de tener conciencia de los problemas asociados a esto.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (1994), la define como un *estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga (...)* y que se caracteriza por la compulsión a consumir, el incremento en las dosis, dependencia física y psíquica de los efectos, y consecuencias negativas para el individuo y la sociedad.

Un aspecto común a todas las definiciones de dependencia química tiene que ver con el impacto en el funcionamiento general del sujeto, a partir de la modificación de sus conductas, pensamientos y emociones, cuyo sentido principal pasa a ser la búsqueda permanente de los

efectos de la sustancia, o la evitación de los efectos de la abstinencia, a pesar de las consecuencias negativas persistentes observadas en otras áreas.

Respecto de las alternativas de intervención, existe una amplia gama de tratamientos para la adicción a sustancias, con variados enfoques. Muchos tratamientos incorporan además de la terapia individual, otras intervenciones, como familiar y grupal, y/o el uso de medicamentos. Actualmente, es ampliamente reconocido que los enfoques combinados suelen ser –para la mayoría de los casos- la modalidad más adecuada para el tratamiento de las adicciones. El National Institute on Drug Abuse (2001-2010) recomienda este modelo combinado, es decir terapias psicológicas en combinación con tratamiento farmacológico, en la lógica de que las distintas intervenciones apuntan a necesidades complementarias, y que combina distintas intervenciones que por sí mismas han demostrado ser efectivas, potenciando el beneficio.

Los tratamientos de orientación cognitiva han sido estudiados y validados respecto a su efectividad, en éste ámbito: Las terapias cognitivas están ampliamente aplicadas en el área de las dependencias y se han descrito como el enfoque *“más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consisten básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma”* (Pedrero E., Fernández J., Casete L., Bermejo M., Secades R. Tomás Grandoli V., 2008, p. 43 ). Entre los beneficios de este enfoque se considera el nivel de estructuración que permite dar cuenta del cambio y evaluarlo; y la evidencia científica que respalda su efectividad en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de dependencia química (Pedrero et al., 2008).

Si bien el objetivo de los tratamientos para la dependencia química es la abstinencia prolongada, el logro de esto normalmente está asociado a un *cambio en el comportamiento*, que ha sido llamado Cambio en el estilo de vida. (NIDA, 2010). Esto implica un cambio global en el desempeño del sujeto, que abarca las distintas áreas de su vida: familiar, laboral/académica, social. Habitualmente esto incluye el entrenamiento en habilidades sociales y afrontamiento de situaciones de riesgo, como herramientas para mejorar la capacidad de autocontrol (Pedrero et al., 2008).

El tratamiento comprendido en la presente investigación integra estos principios descritos por el NIDA como las condiciones de los tratamientos más efectivos y se desarrolla bajo un enfoque cognitivo. El plan de tratamiento es estructurado, de modo que todos los pacientes reciben prácticamente la misma intervención a lo largo de 24 meses aproximadamente.

### **3. Operativización de los cambios**

Ángel (2010) definió el modo en que son medibles las dimensiones operativas, diseñó y evaluó un instrumento que permite dar cuenta de la tendencia de los sujetos hacia cada uno de los polos o hacia el equilibrio, en cada categoría.

Teóricamente es esperable que algunos de los cambios que se producen a través del proceso terapéutico, se reflejen también en cambios en las dimensiones operativas, en tanto en el proceso de tratamiento lo que se observa clínicamente es un cambio en el funcionamiento del sujeto en distintas áreas de su vida.

El movimiento que debiera operar a partir de un proceso de psicoterapia implicaría una tendencia dentro de los ejes categoriales hacia los polos de abstracción, flexibilidad, inclusión, proactividad y evitación. Pero si pensamos en las condiciones concretas de un paciente cuya experiencia vital está marcada por el dolor o la desesperanza, este movimiento implicaría una gran tarea hacia la reorganización de significados personales, la reorganización de la experiencia de sí mismo, de la autopercepción.

La dimensión Abstracción-Concreción, desde la conexión con los procesos de simbolización, ocupa un espacio central dentro del proceso terapéutico (Yáñez, 2005). Mahoney (1988) habla sobre la importancia del cambio de significado para el cambio personal. La tarea del cambio de significado y de todos los procesos de simbolización implica la necesidad de moverse en esta categoría hacia la abstracción. En este sentido, la categoría de Abstracción-Concreción parece tener un lugar esencial, en tanto da lugar a la posibilidad de generar nuevos cambios.

Es posible pensar en las dimensiones operativas como una suerte de “perfil” del paciente en tanto entrega información sobre el funcionamiento en distintas áreas, pero que finalmente alude al Sí mismo, a la estructura. Pareciera funcionar como un reflejo de aquello que no nos es observable directamente y finalmente le conocemos por sus efectos. El asignar un valor particular a estas variables permitiría acceder a estos posibles esquemas de funcionamiento, que pueden dar cuenta del movimiento del sí mismo en la interacción con el mundo y, en este caso, en el proceso de cambio asociado al tratamiento y la rehabilitación.

## **II. Objetivos e Hipótesis**

### **1. Objetivo General:**

- Conocer la operación de la organización del sí mismo en pacientes con el diagnóstico de dependencia química, a través de la evaluación y comparación de las dimensiones operativas en distintos momentos del tratamiento.

### **2. Objetivos Específicos:**

- Describir la operación de la organización del sí mismo, a través de la evaluación de las dimensiones operativas, en pacientes con diagnóstico de dependencia química.
- Comparar la descripción de la organización del sí mismo en estos pacientes en distintas etapas del tratamiento.
- Aportar al conocimiento a través de la evaluación de las dimensiones operativas en pacientes con diagnóstico de dependencia química.
- Observar el comportamiento del cuestionario de dimensiones operativas en pacientes con diagnóstico de dependencia química en distintas etapas del tratamiento.
- Aportar a la validez de constructo del Cuestionario de Dimensiones Operativas, al aplicarlo en una población específica y comparándolo en distintas etapas del tratamiento.

### **3. Preguntas de Investigación:**

¿Cuál es la tendencia al desplazamiento de las Dimensiones Operativas entre una u otra polaridad entre una y otra etapa del tratamiento de adicciones?

¿Qué dimensiones reflejan mayores cambios entre una etapa y otra?

¿Entre qué etapas del tratamiento es posible observar mayores cambios en las dimensiones operativas?

#### 4. Hipótesis:

H<sub>1</sub>: En la dimensión **abstracción-concreción**, se encontrará una relación positiva y significativa entre la etapa en que se encuentra los pacientes y el polo activo de la variable.

H<sub>0</sub>: En la dimensión **abstracción-concreción**, no se encontrará una relación significativa entre la etapa en que se encuentra los pacientes y el polo activo de la variable.

H<sub>1</sub>: En la dimensión **flexibilidad-rigidez**, se encontrará una relación positiva y significativa entre la etapa en que se encuentra los pacientes y el polo activo de la variable.

H<sub>0</sub>: En la dimensión **flexibilidad-rigidez**, no se encontrará una relación significativa entre la etapa en que se encuentra los pacientes y el polo activo de la variable.

H<sub>1</sub>: En la dimensión **inclusión-exclusión**, se encontrará una relación positiva y significativa entre la etapa en que se encuentra los pacientes y el polo activo de la variable.

H<sub>0</sub>: En la dimensión **inclusión-exclusión**, no se encontrará una relación significativa entre la etapa en que se encuentra los pacientes y el polo activo de la variable.

H<sub>1</sub>: En la dimensión **proactividad-reactividad**, se encontrará una relación positiva y significativa entre la etapa en que se encuentra los pacientes y el polo activo de la variable.

H<sub>0</sub>: En la dimensión **proactividad-reactividad**, no se encontrará una relación significativa entre la etapa en que se encuentra los pacientes y el polo activo de la variable.

H<sub>1</sub>: En la dimensión **exposición-evitación**, se encontrará una relación positiva y significativa entre la etapa en que se encuentra los pacientes y el polo pasivo de la variable.

H<sub>0</sub>: En la dimensión **exposición-evitación**, no se encontrará una relación significativa entre la etapa en que se encuentra los pacientes y el polo pasivo de la variable.

### **III. Metodología**

#### **1. Tipo de investigación:**

Se trata de una investigación de tipo descriptivo y comparativo.

Descriptivo, en tanto intenta dar cuenta del comportamiento de las dimensiones operativas en un grupo determinado de pacientes, es decir, describir o mostrar el funcionamiento de estas dimensiones en distintos momentos del tratamiento y dar cuenta de los cambios que podrían aparecer (Hernández et al., 2006)

Comparativo, en tanto tiene el propósito de comparar grupos o personas en una o más características que se dan en ellos. Específicamente, intenta comparar pacientes en distintos momentos de su tratamiento en cuanto la desviación hacia el polo más pasivo o más activo de las variables en estudio.

#### **2. Diseño de investigación**

El diseño es preexperimental porque el grado de control es mínimo (Hernández et al., 2006). Es decir, en este caso, la muestra está constituida por pacientes en tratamiento a quienes se les aplica una prueba en dos etapas distintas del mismo. Es decir, existe una medición inicial que permite tener un punto de referencia respecto de la segunda medición y por lo tanto dar cuenta del cambio.

### 3. Definición de Variables.

**Variable independiente: Tratamiento al que son sometidos los sujetos.**

Para efectos de la presente investigación, el tratamiento fue dividido operacionalmente en tres etapas:

La primera ocurre entre el ingreso y los 6 meses de tratamiento. Contiene la etapa intensiva y desintoxicación del paciente, la instalación del sujeto en el contexto de tratamiento y elaboración inicial de su experiencia en consumo y de las consecuencias que esto ha tenido en distintas áreas de su vida. Supone un mejoramiento del funcionamiento general a nivel físico y mental.

La segunda etapa ocurre entre los 7 y 17 meses. Corresponde a una etapa de estabilización en tratamiento y desarrollo de la consciencia de enfermedad y construcción del cambio en el estilo de vida.

La tercera etapa ocurre a partir de los 18 meses. Corresponde a una etapa en que el paciente debe trabajar su reinserción en distintas áreas de la vida, llevar a cabo los cambios elaborados durante el período anterior llevándolos a conductas y actitudes en su vida.

**Variables dependientes: Dimensiones operativas**

**Definiciones operaciones:**

- Dimensión Concreción-Abstracción: Funcionamiento del sujeto en que el polo de la concreción está caracterizado por un relato más específico de su experiencia, con énfasis en lo descriptivo, y en que el polo de la abstracción está caracterizado por la utilización de categorías conceptuales para dar cuenta de la experiencia (Ángel, 2010).
- Dimensión Flexibilidad-Rigidez: Funcionamiento del sujeto en que el polo de la rigidez está caracterizado por reducidas opciones conductuales como modo de operar ante un

medio diverso, y en que el polo de la flexibilidad está caracterizado por la posibilidad de operar desde distintas alternativas para responder a un medio diverso (Ángel, 2010).

- Dimensión Inclusión-Exclusión: Funcionamiento del sujeto que en el polo de la exclusión está caracterizado por la dificultad del sujeto para incorporar nueva información proveniente de la experiencia en curso, y en que el polo de la Inclusión está caracterizado por la posibilidad de incorporar cognitiva y emocionalmente contenidos novedosos de la experiencia en curso (Ángel, 2010).
- Dimensión Proactividad-Reactividad: Funcionamiento del sujeto que en el polo de la Reactividad está caracterizado por la pasividad en la respuesta conductual y emocional como resultando a las demandas del medio, y en que el polo de la Proactividad está caracterizado por un estilo de enfrentamiento que prevé las demandas desbordantes (Ángel, 2010).
- Dimensión Exposición-Evitación: Funcionamiento del sujeto que en el polo de la Evitación está caracterizado por la evasión de las demandas del medio lo que limita las posibilidades de crecimiento del sistema, y en que el polo de la Exposición está caracterizado por la actitud de enfrentamiento de las demandas generadas por el medio (Ángel, 2010).

#### **4. Descripción de población y la muestra:**

La población para la presente investigación corresponde a los pacientes en tratamiento de adicciones de un Instituto especializado en el tema. Se trata de pacientes adultos, de nivel socioeconómico alto y con diagnóstico de dependencia química.

La muestra correspondió a un muestreo intencionado o de elección razonada, en que se aplicó el cuestionario a todos los pacientes que se encontraban ingresados al tratamiento al momento de la primera evaluación, descartando aquellos pacientes con estructura psicótica.

Descripción del grupo inicial: N= 24

**Estadísticos descriptivos del grupo inicial.**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. t.p.
Etapa de tratamiento en la primera medición	24	1	3	2.04	.806
Tiempo de tratamiento en semanas primera medición	24	1	30	13.14	8.653
Abstracción Concreción (primera medición)	24	20	31	25.63	3.228
Flexibilidad Rigidez (primera medición)	24	17	33	25.63	3.693
Inclusión Exclusión (primera medición)	24	19	33	25.75	4.035
Proactividad Reactividad (primera medición)	24	19	32	26.25	3.326
Exposición Evitación (primera medición)	24	17	31	25.46	3.956
N válido (según lista)	24				

## 5. Características de la muestra:

La muestra inicial corresponde a 24 pacientes de un centro especializado en el tratamiento de adicciones. Todos los pacientes evaluados tienen diagnósticos de dependencia química, y al momento de la evaluación se encontraban en tratamiento.

De los 24 pacientes que constituyen la muestra inicial, 7 se encontraban en la primera etapa del tratamiento, 9 se encontraban en la segunda etapa de tratamiento y 8 se encontraban en la tercera etapa de tratamiento.

Los promedios grupales, en todas las dimensiones operativas, se encuentran dentro del rango de equilibrio.

Como se puede ver a continuación, las medias de los grupos a los que se les realizó seguimiento posterior y a los que no, no difieren significativamente, excepto en el promedio de edad, que es mayor en el grupo de pacientes a los que fue posible realizar la reevaluación.

Edad	Reevaluados	18	44,70	12,038	2,837
	No reevaluados	6	30,22	12,151	4,961

La re evaluación sólo fue posible con 18 pacientes. En adelante, las comparaciones serán con ese grupo (n=18).

### Comparación entre grupo inicial y grupo final (pacientes reevaluados y no reevaluados).



Se comparó el grupo final de 18 pacientes, con los 6 pacientes con los que no fue posible realizar el seguimiento; en la mayor parte de los casos debido a ruptura del tratamiento. Esta comparación no dio cuenta de diferencias significativas entre ambos grupos.

### Prueba de muestras independientes en comparación entre el grupo inicial y grupo final.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Etapa de tratamiento en la primera medición	Se han asumido varianzas iguales	1,495	,234	-,431	22	,671	-,167	,387	-,969	,636
	No se han asumido varianzas iguales			-,379	7,148	,716	-,167	,440	-1,203	,870
Sexo	Se han asumido varianzas iguales	,871	,361	-,524	22	,605	-,111	,212	-,551	,328
	No se han asumido varianzas iguales			-,475	7,435	,648	-,111	,234	-,657	,435
Nivel Educativo	Se han asumido varianzas iguales	,000	1,000	,829	22	,416	,333	,402	-,500	1,167
	No se han asumido varianzas iguales			,840	8,797	,423	,333	,397	-,568	1,234
Edad	Se han asumido varianzas iguales	,151	,701	2,546	22	,018	14,479	5,687	2,684	26,273
	No se han asumido varianzas iguales			2,533	8,538	,033	14,479	5,715	1,443	27,514
Tiempo de tratamiento (en semanas) primera medición	Se han asumido varianzas iguales	2,620	,120	-,432	22	,670	-,1793	4,153	-10,406	6,821
	No se han asumido varianzas iguales			-,368	6,898	,724	-,1793	4,866	-13,333	9,748
Abstracción Concreción (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	,173	,682	,250	22	,805	,389	1,554	-,2833	3,611
	No se han asumido varianzas iguales			,221	7,170	,832	,389	1,762	-3,758	4,536
Flexibilidad Rigidez (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	,746	,397	-,662	22	,515	-,1167	1,762	-,4822	2,488
	No se han asumido varianzas iguales			-,748	10,884	,470	-,1167	1,560	-,4604	2,271
Inclusión Exclusión (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	,471	,500	-,057	22	,955	-,111	1,945	-,4144	3,922
	No se han asumido varianzas iguales			-,062	10,125	,951	-,111	1,781	-,4073	3,851
Proactividad Reactividad (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	2,932	,101	,069	22	,945	,111	1,603	-,3214	3,436
	No se han asumido varianzas iguales			,053	6,159	,959	,111	2,099	-,4992	5,214
Exposición Evitación (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	1,271	,272	-,737	22	,469	-,1389	1,884	-,5295	2,518
	No se han asumido varianzas iguales			-,650	7,176	,536	-,1389	2,136	-,6414	3,636

### Estadísticos descriptivos del grupo final

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Etapa de tratamiento en la primera medición	18	1	3	2.00	.767
Etapa de tratamiento en la segunda medición	18	2	3	2.50	.514
Sexo	18	1	2	1.22	.428
Nivel Educativo	18	2	5	3.83	.857
Edad	18	26	71	44.70	12.038
Tiempo de tratamiento (en semanas) primera medición	18	1	30	12.70	8.066
Tiempo tratamiento (en semanas) segunda medición	18	7	37	18.11	8.007
Abstracción Concreción (primera medición)	18	22	31	25.72	3.083
Flexibilidad Rigidez (primera medición)	18	17	33	25.33	3.911
Inclusión Exclusión (primera medición)	18	19	33	25.72	4.268
Proactividad Reactividad (primera medición)	18	21	31	26.28	2.824
Exposición Evitación (primera medición)	18	17	31	25.11	3.740
Abstracción Concreción (segunda medición)	18	22	35	28.39	3.310
Flexibilidad Rigidez (segunda medición)	18	20	33	26.50	3.585
Inclusión Exclusión (segunda medición)	18	21	35	27.61	3.680
Proactividad Reactividad (segunda medición)	18	20	31	26.28	2.845
Exposición Evitación (segunda medición)	18	22	34	25.94	2.796
N válido (según lista)	18				

El grupo de 18 pacientes, que fueron evaluados al inicio y luego 6 meses después, muestran en todas las dimensiones operativas, promedios que se encuentran dentro del rango de equilibrio.

El promedio de edad es de 44,7, con una desviación típica de 12.038.

En la primera medición, 5 pacientes se encontraban en la primera etapa del tratamiento; 8 en la segunda; y 5 en la tercera.

En la segunda medición, 9 pacientes estaban en la segunda etapa de tratamiento y 9 estaban en la tercera etapa de tratamiento.

	Primera etapa de tratamiento (6 primeros meses)	Segunda etapa de tratamiento (entre 6 y 18 meses)	Tercera etapa de tratamiento (de 18 meses en adelante)
Primera medición	N= 5	N= 8	N= 5
Segunda medición (6 meses después)	-	N= 9	N= 9

## 6. Instrumento de recolección de datos.

Para la recolección y análisis de los datos, se utilizó el instrumento Cuestionario D.I.M.O.P., (Dimensiones Operativas) (Ángel, 2010) creado para medir dimensiones operativas a través de una escala de actitudes tipo Likert.

La confiabilidad del instrumento por consistencia interna (*alfa de Cronbach*) dio como resultado una confiabilidad total del instrumento de 0,933 (Ángel. 2010). La validez de contenido fue evaluada mediante el criterio de jueces expertos. La validez de constructo se evaluó mediante la comparación de grupos extremos (Angel, 2010).

La confiabilidad por cada variable fue la siguiente: Abstracción-Concreción: 0,673, Flexibilidad-Rigidez: 0,485, Inclusión-Exclusión: 0,687, Proactividad-Reactividad: 0,740, Exposición-Evitación: 0,774, valores que aparecen bajos al ser segregados del conjunto, razón por la cual resulta importante destacar que el instrumento en su conjunto evidencia una confiabilidad alta.

## **7. Procedimiento de recolección de información:**

En primera instancia, se invitó a todos los pacientes que se encontraban en tratamiento a responder el Cuestionario de Dimensiones Operativas. Se excluyó sujetos con estructura psicótica.

Todos los pacientes fueron informados acerca del objetivo de la aplicación y firmaron una carta de consentimiento.

Luego de 6 meses de esta primera aplicación, se contactó nuevamente a los pacientes que ya habían respondido, y se aplicó nuevamente el cuestionario. En ese momento fue posible reapplicarlo con 18 pacientes (de un N inicial de 24).

## **8. Análisis estadístico.**

El análisis estadístico de comparación de grupos se realizó a través de T de Student, prueba estadística que permite evaluar si dos grupos difieren de manera significativa respecto de sus medias (Hernández et al., 2006), lo que permitió evaluar si existían diferencias significativas entre los resultados de la primera y segunda evaluación aplicada a los distintos grupos. Los cálculos se realizaron utilizando el programa SPSS 15.0 para Windows.

## **IV. Análisis y Resultados.**

### **1. Descripción de las evaluaciones y análisis realizados.**

Se tomó un grupo de pacientes de un tratamiento de adicciones. El tratamiento corresponde a una intervención altamente estructurada, que tiene una duración aproximada de dos años.

Para fines de esta investigación, se consideró el tratamiento en 3 etapas distintas:

Primera etapa: 1 a 6 meses.

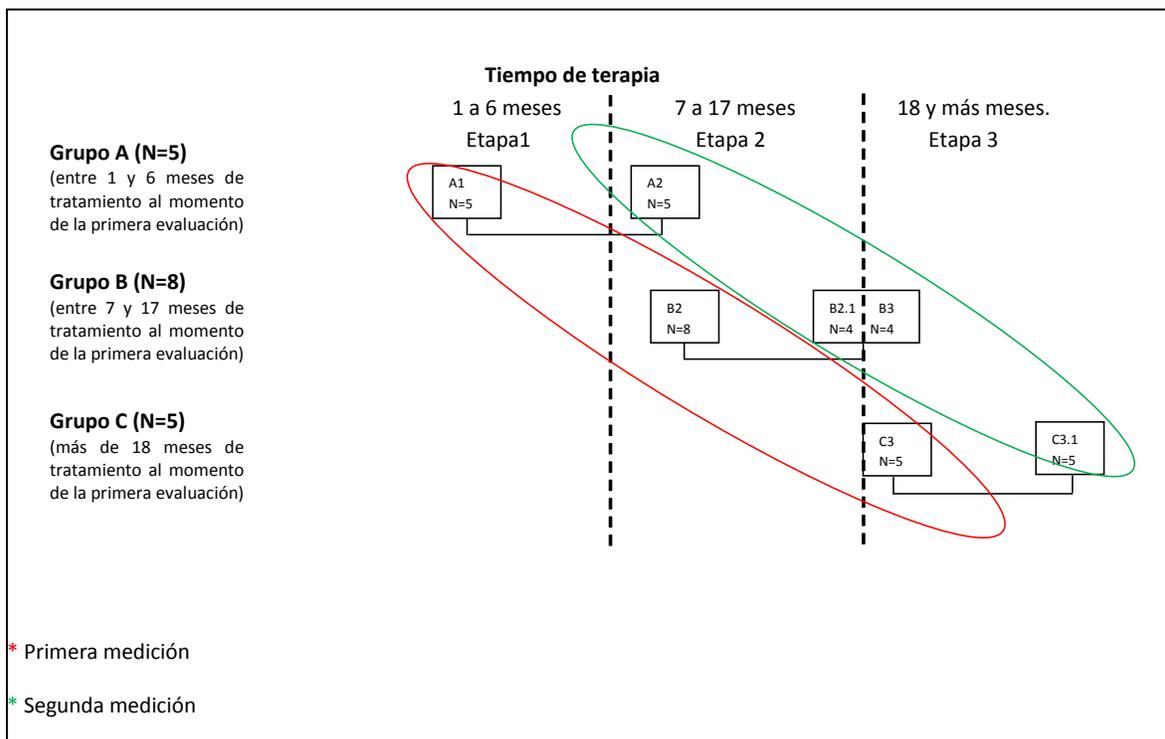
Segunda etapa: 7 a 17 meses.

Tercera etapa: 18 meses en adelante (normalmente hasta 24 meses).

Se aplicó el cuestionario de dimensiones operativas en dos períodos distintos, con 6 meses de diferencia entre la primera y la segunda aplicación. Esto significa que cada sujeto fue evaluado en dos momentos distintos de su tratamiento, con 6 meses de diferencia entre la primera y segunda evaluación.

El siguiente esquema da cuenta de las evaluaciones realizadas.

Tabla 1.



Con los datos obtenidos se realizó 3 distintos tipos de análisis:

- El primero de ellos (punto 2) tuvo como objetivo comparar los grupos de pacientes en etapas equivalentes, con el propósito de evaluar si los subgrupos resultantes de la clasificación de la muestra en etapas de tratamiento era homogénea y comparable.

Esto se realizó en grupos que fueron evaluados al momento de encontrarse en la etapa 2 del tratamiento (punto 2.1) y durante la etapa 3 del tratamiento (punto 0), a través de la prueba T de Student para muestras independientes.

En ambos casos la muestra resultó ser homogénea, y por lo tanto comparable, en tanto los resultados de ambos grupos no difirieron significativamente en ninguna de las dimensiones operativas.

- En el segundo conjunto de análisis (punto 3), se realizó comparaciones entre grupos distintos de pacientes, clasificados de acuerdo a la etapa de tratamiento en que se encontraban.

Inicialmente se comparó el grupo total, a través de la prueba T de Student para muestras relacionadas (punto 3.1), donde se observaron cambios significativos en las dimensiones de Abstracción-Concreción y de Inclusión-Exclusión. En las dimensiones de Flexibilidad-Rigidez y Exposición-Evitación hay cambios que no alcanzan a ser estadísticamente significativos. La dimensión de Proactividad-Reactividad se mantiene igual.

En el punto 3.2 se comparó a los tres grupos respecto de los puntajes obtenidos en la primera medición, observándose en la comparación entre la primera y segunda etapa, cambios en todas las dimensiones operativas, hacia los polos de Abstracción, Flexibilidad, Inclusión, Proactividad y Exposición; mientras que en la comparación de esta segunda etapa de tratamiento con la tercera etapa pareciera que hay una tendencia a retroceder en este cambio inicial, mostrando tendencia –en la tercera etapa respecto de la segunda– hacia la rigidez, exclusión y evitación. Las categorías de Abstracción-Concreción y Proactividad-Reactividad no siguen esta tendencia.

A partir de esto, se comparó en el punto 3.3, los grupos de la primera y segunda etapa de tratamiento, de acuerdo a los puntajes obtenidos en la primera medición, con la prueba T de Student para muestras independientes, a fin de determinar si las diferencias observadas eran estadísticamente significativas. En este punto se encontró que las diferencias en las dimensiones de Flexibilidad-Rigidez y de Inclusión-Exclusión eran significativas; mientras que en Abstracción-Concreción, Proactividad-Reactividad y Exposición-Evitación, las diferencias de las medias no resultaron ser estadísticamente significativas.

El mismo análisis se realizó respecto del cambio observado entre los puntajes de los pacientes en etapa 2 y en etapa 3, durante la primera medición (punto 3.4), y en este caso únicamente en la variable de Inclusión-Exclusión hubo diferencias significativas, mientras que todas las demás dimensiones no evidenciaron diferencias.

Luego se comparó, en el punto 3.5, a los pacientes de la segunda y tercera etapa de tratamiento, pero de acuerdo a los puntajes de la segunda medición. Los resultados

obtenidos indicaron un cambio significativo sólo en la dimensión de Proactividad-Reactividad, mientras que las demás dimensiones no presentaron cambios significativos.

- En el tercer conjunto de análisis, se realizó análisis por subgrupos de pacientes (punto 4). Es decir, se comparó a los mismos sujetos en dos momentos distintos del tratamiento, manteniendo la clasificación en subgrupos de acuerdo a la etapa del tratamiento en que se encontraban.

Primero, en el punto 4.1, se comparó los puntajes obtenidos por los pacientes que se encontraban en la primera etapa del tratamiento durante la primera evaluación, con los puntajes obtenidos por los mismos pacientes en la segunda evaluación, donde, de acuerdo al tiempo transcurrido, el mismo grupo se encontraba en la segunda etapa de tratamiento. La evaluación se realizó a través de la Prueba T para muestras relacionadas. En este subgrupo se observaron cambios en la dimensión de Abstracción-Concreción.

Se analizó en el punto 4.2 el grupo de pacientes que se encontraban en la segunda etapa de tratamiento durante la primera evaluación, con los puntajes de estos mismos sujetos 6 meses después. Primero se comparó los puntajes de este subgrupo de forma global (sin considerar que en la segunda medición la mitad de este subgrupo estaba en la segunda etapa y la otra mitad en la tercera etapa), no encontrándose diferencias significativas. Luego se consideró la diferencia descrita y se evaluó como subgrupos distintos los pacientes que estando en la segunda etapa durante la primera medición, seguían en la segunda etapa en la segunda medición y los que estando en la segunda etapa durante la primera medición, pasaron a la tercera etapa en la segunda medición. Pero en ninguno de estos casos se encontró diferencias significativas.

Finalmente se comparó, en el punto 4.3, a los pacientes que estaban en la tercera etapa de tratamiento en la primera medición, con los puntajes obtenidos por estos mismos sujetos durante la segunda medición (en que los pacientes se encontraban también en la tercera etapa). En estos pacientes se observó cambios significativos sólo en la dimensión de Proactividad-Reactividad.

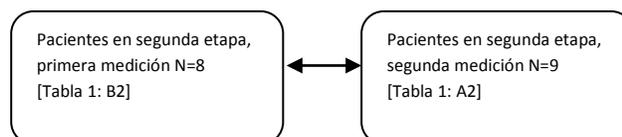
## **2. Comparaciones entre grupos de la misma etapa, en primera y segunda medición.**

Se realizaron comparaciones entre grupos de acuerdo a la etapa de tratamiento en que se clasificaron en la primera y segunda medición, con el objetivo de determinar si la muestra es homogénea y comparable.

Lo esperable sería que estos grupos presenten valores similares en los puntajes obtenidos en las distintas dimensiones operativas, ya que si bien se trata de sujetos distintos, se consideraron y compararon las evaluaciones de pacientes en una misma etapa de tratamiento.

### **2.1. Diferencias/Semejanzas entre grupos de la segunda etapa de tratamiento, primera y segunda medición.**

Los pacientes que estaban en la segunda etapa del tratamiento, en la primera y en la segunda medición, fueron comparados como grupos independientes. Esta evaluación no da cuenta de una diferencia significativa, por lo que los grupos son comparables y homogéneos.



**Estadísticas de grupos de pacientes de la segunda etapa de tratamiento, primera y segunda medición**

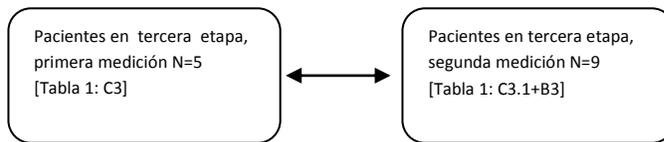
	medición 1 o 2	N	Media	Desviación tıp.
Abstracción Concreción (primera medición)	1	8	26,13	3,182
	2	9	28,22	2,682
Flexibilidad Rigidez (primera medición)	1	8	27,88	2,748
	2	9	25,78	3,193
Inclusión Exclusión (primera medición)	1	8	29,00	2,619
	2	9	27,00	3,841
Proactividad Reactividad (primera medición)	1	8	27,25	2,493
	2	9	24,78	2,728
Exposición Evitación (primera medición)	1	8	27,00	2,619
	2	9	25,00	1,936

**Prueba de muestras independientes para grupos de la segunda etapa de tratamiento, primera y segunda medición**

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tıp. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Abstracción Concreción (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	1,891	,189	-1,475	15	,161	-2,097	1,422	-5,128	,933
	No se han asumido varianzas iguales			-1,459	13,813	,167	-2,097	1,437	-5,183	,989
Flexibilidad Rigidez (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	,037	,851	1,442	15	,170	2,097	1,455	-1,003	5,198
	No se han asumido varianzas iguales			1,455	14,991	,166	2,097	1,441	-,975	5,169
Inclusión Exclusión (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	2,164	,162	1,237	15	,235	2,000	1,616	-1,445	5,445
	No se han asumido varianzas iguales			1,266	14,137	,226	2,000	1,580	-1,385	5,385
Proactividad Reactividad (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	,151	,703	1,941	15	,071	2,472	1,274	-,242	5,187
	No se han asumido varianzas iguales			1,952	14,981	,070	2,472	1,266	-,227	5,172
Exposición Evitación (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	,518	,483	1,805	15	,091	2,000	1,108	-,362	4,362
	No se han asumido varianzas iguales			1,772	12,811	,100	2,000	1,129	-,442	4,442

**2.2. Diferencias/Semejanzas entre pacientes que están en la tercera etapa de tratamiento, en primera medición y segunda medición.**

Los pacientes que estaban en la tercera etapa del tratamiento, en la primera y en la segunda medición, fueron comparados como grupos independientes. Esta evaluación no da cuenta de diferencias significativas en ninguna de las dimensiones operativas, por lo que los grupos son comparables y homogéneos.



**Estadísticos de grupo de pacientes que están en la tercera etapa de tratamiento, en primera y segunda medición.**

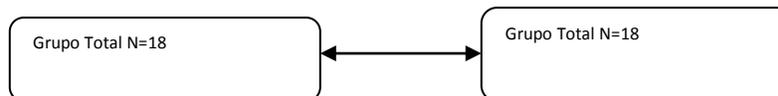
	grupos	N	Media	Desviación tıp.	Error tıp. de la media
Abstracción Concreción (primera medición)	1	9	28.56	4.003	1.334
	3	5	27.20	3.114	1.393
Flexibilidad Rigidez (primera medición)	1	9	27.22	3.993	1.331
	3	5	24.40	3.847	1.720
Inclusión Exclusión (primera medición)	1	9	28.22	3.632	1.211
	3	5	23.80	4.438	1.985
Proactividad Reactividad (primera medición)	1	9	27.78	2.167	.722
	3	5	27.00	2.345	1.049
Exposición Evitación (primera medición)	1	9	26.89	3.296	1.099
	3	5	23.40	4.159	1.860

**Prueba de muestras independientes para grupos pacientes que están en la tercera etapa de tratamiento, en primera y segunda medición.**

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Abstracción Concreción (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	.455	.513	.651	12	.527	1.356	2.081	-3.178	5.889
	No se han asumido varianzas iguales			.703	10.353	.498	1.356	1.929	-2.923	5.634
Flexibilidad Rigidez (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	.044	.837	1.283	12	.224	2.822	2.200	-1.972	7.617
	No se han asumido varianzas iguales			1.297	8.668	.228	2.822	2.175	-2.127	7.772
Inclusión Exclusión (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	.909	.359	2.023	12	.066	4.422	2.186	-.341	9.186
	No se han asumido varianzas iguales			1.902	7.043	.099	4.422	2.325	-1.069	9.913
Proactividad Reactividad (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	.623	.445	.626	12	.543	.778	1.243	-1.930	3.485
	No se han asumido varianzas iguales			.611	7.814	.559	.778	1.273	-2.171	3.726
Exposición Evitación (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	.277	.608	1.734	12	.108	3.489	2.012	-.894	7.872
	No se han asumido varianzas iguales			1.615	6.860	.151	3.489	2.160	-1.641	8.618

### 3. Comparaciones entre grupos, por etapas de tratamiento.

#### 3.1. Diferencias / Semejanzas en la comparación del grupo total (N=18), antes y después (6 meses de diferencia).

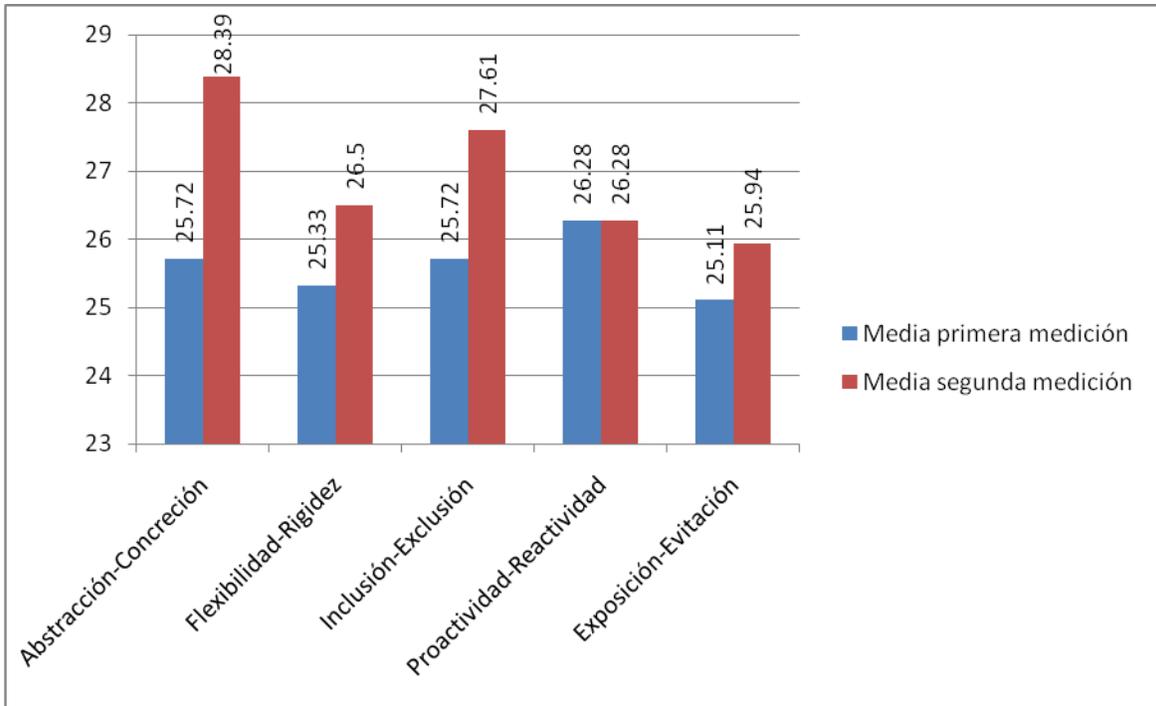


En esta comparación era esperable encontrar diferencias dado que habían transcurrido 6 meses entre una y otra evaluación, y por lo tanto, aunque no se diferencian de acuerdo a la etapa del tratamiento, todos los sujetos habían avanzado 6 meses de terapia respecto de su evaluación inicial.

En esta comparación se observan cambios significativos en las dimensiones Abstracción-Concreción, que se mueve hacia el polo de la abstracción; y en Inclusión-Exclusión, en que los puntajes del grupo se mueven hacia el polo de la Inclusión. En la dimensiones de Flexibilidad-Rigidez hay una tendencia hacia la Flexibilidad, y en la dimensión Exposición Evitación la tendencia es hacia la exposición, pero éstas no alcanzan a ser significativas. La dimensión de Proactividad-Reactividad, se mantiene igual.

**Estadísticos de muestras relacionadas en la comparación del grupo total (N=18), antes y después (6 meses de diferencia).**

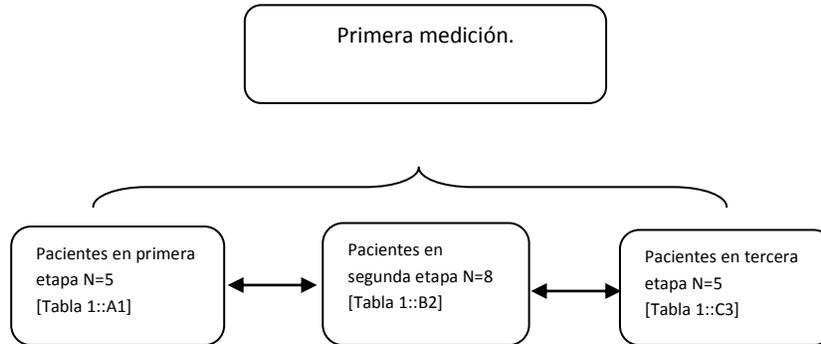
		Media	N	Desviación típ.
Par 1	Abstracción Concreción (primera medición)	25.72	18	3.083
	Abstracción Concreción (segunda medición)	28.39	18	3.310
Par 2	Flexibilidad Rigidez (primera medición)	25.33	18	3.911
	Flexibilidad Rigidez (segunda medición)	26.50	18	3.585
Par 3	Inclusión Exclusión (primera medición)	25.72	18	4.268
	Inclusión Exclusión (segunda medición)	27.61	18	3.680
Par 4	Proactividad Reactividad (primera medición)	26.28	18	2.824
	Proactividad Reactividad (segunda medición)	26.28	18	2.845
Par 5	Exposición Evitación (primera medición)	25.11	18	3.740
	Exposición Evitación (segunda medición)	25.94	18	2.796



**Prueba de muestras relacionadas en la comparación del grupo total (N=18), antes y después (6 meses de diferencia).**

Par	Descripción de la comparación	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Superior	Inferior			
1	Abstracción Concreción (primera medición) - Abstracción Concreción (segunda medición)	-2.667	3.565	.840	-4.439	-.894	3.174	17	.006
2	Flexibilidad Rigidez (primera medición) - Flexibilidad Rigidez (segunda medición)	-1.167	3.148	.742	-2.732	.399	1.572	17	.134
3	Inclusión Exclusión (primera medición) - Inclusión Exclusión (segunda medición)	-1.889	3.428	.808	-3.594	-.184	2.338	17	.032
4	Proactividad Reactividad (primera medición) - Proactividad Reactividad (segunda medición)	.000	2.612	.616	-1.299	1.299	.000	17	1.000
5	Exposición Evitación (primera medición) - Exposición Evitación (segunda medición)	-.833	3.714	.875	-2.680	1.014	-.952	17	.354

### 3.2. Diferencias / Semejanzas entre grupos en la primera medición.



Se realizó la comparación entre los tres grupos de pacientes, diferenciados de acuerdo a la etapa de tratamiento en que se encontraban al momento de la primera medición. Era esperable encontrar diferencias entre estos grupos. En los análisis siguientes se determinará si estas diferencias son significativas.

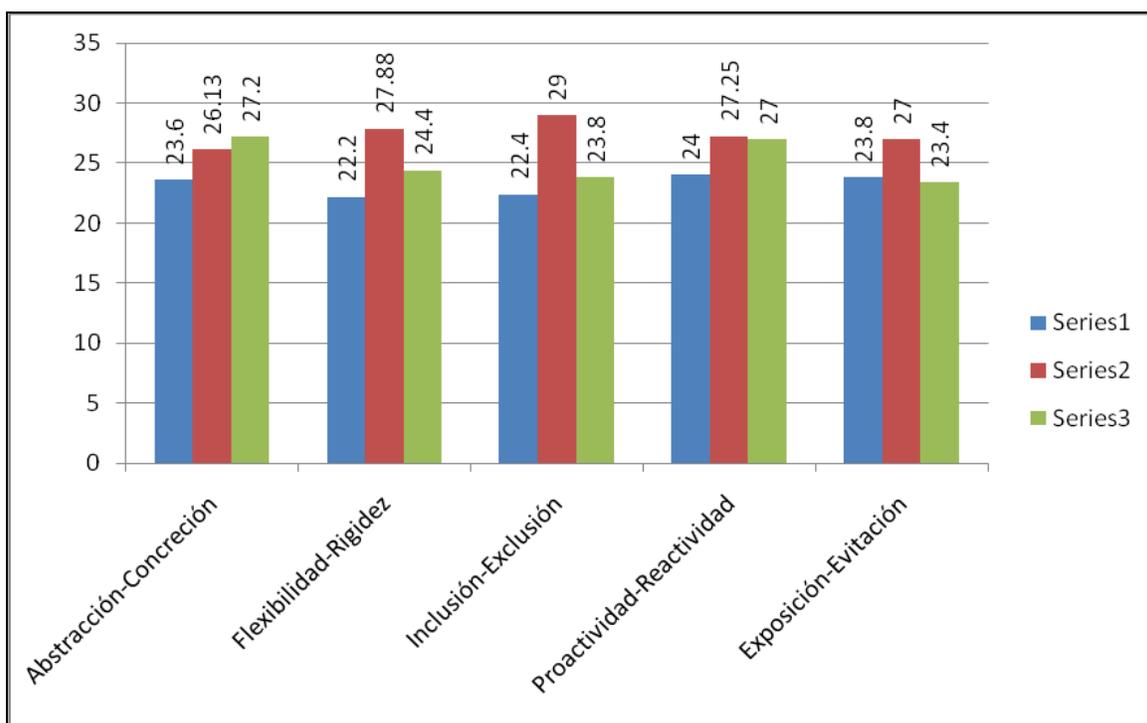
En la comparación entre los grupos de las tres etapas de tratamiento, realizado de acuerdo a los resultados de la primera evaluación, aparece casi en todas las dimensiones operativas, una tendencia –en la segunda etapa respecto de la primera- hacia los polos de la abstracción, flexibilidad, inclusión, proactividad y exposición. Y al comparar los puntajes obtenidos en la segunda etapa, con los de la tercera, pareciera que hay una tendencia a retroceder en este cambio inicial, mostrando tendencia –en la tercera etapa respecto de la segunda- hacia la rigidez, exclusión y evitación. Las categorías de Abstracción-Concreción y Proactividad-Reactividad no siguen esta tendencia.

En las comparaciones entre los pacientes de la primera y la segunda etapa, sólo los cambios en las dimensiones de Flexibilidad-Rigidez e Inclusión-exclusión resultaron ser significativos, como se explica más adelante.

En la comparación entre paciente de la segunda y tercera etapa, sólo resultó significativo el cambio observado en la dimensión Inclusión-Exclusión, que en ese caso fue hacia el polo de la exclusión.

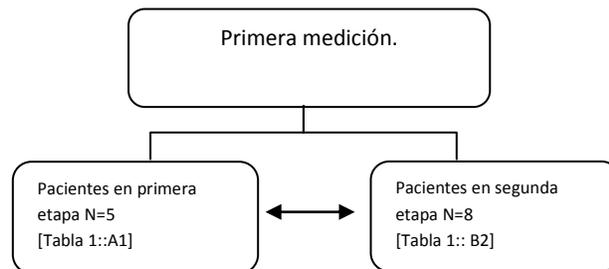
### Comparación entre grupos primera medición

Etapa de tratamiento en la primera medición		Abstracción Concreción (primera medición)	Flexibilidad Rigidez (primera medición)	Inclusión Exclusión (primera medición)	Proactividad Reactividad (primera medición)	Exposición Evitación (primera medición)
1	Media	23,60	22,20	22,40	24,00	23,80
	N	5	5	5	5	5
	Desv. típ.	2,074	3,271	2,408	2,915	4,147
2	Media	26,13	27,88	29,00	27,25	27,00
	N	8	8	8	8	8
	Desv. típ.	3,182	2,748	2,619	2,493	2,619
3	Media	27,20	24,40	23,80	27,00	23,40
	N	5	5	5	5	5
	Desv. típ.	3,114	3,847	4,438	2,345	4,159
Total	Media	25,72	25,33	25,72	26,28	25,11
	N	18	18	18	18	18
	Desv. típ.	3,083	3,911	4,268	2,824	3,740



### 3.3. Diferencias / Semejanzas entre los pacientes de la primera y segunda etapa en la primera medición.

Se comparó los grupos de la primera y segunda etapa de tratamiento de acuerdo a los puntajes obtenidos en la primera medición, a través de T de Student para muestras Independientes, con el objetivo de determinar si las diferencias observadas en el punto anterior eran significativas.



En las variables de Flexibilidad-Rigidez y de Inclusión-Exclusión, se observan diferencias significativas en las medias de los grupos que estaban en la primera y segunda etapa de tratamiento en la primera medición aplicada.

En la variable Flexibilidad-Rigidez, el grupo de la segunda etapa tuvo un puntaje más cercano al polo de la flexibilidad. En la variable Inclusión-Exclusión, el grupo de la segunda etapa tuvo un puntaje más cercano al polo Inclusión.

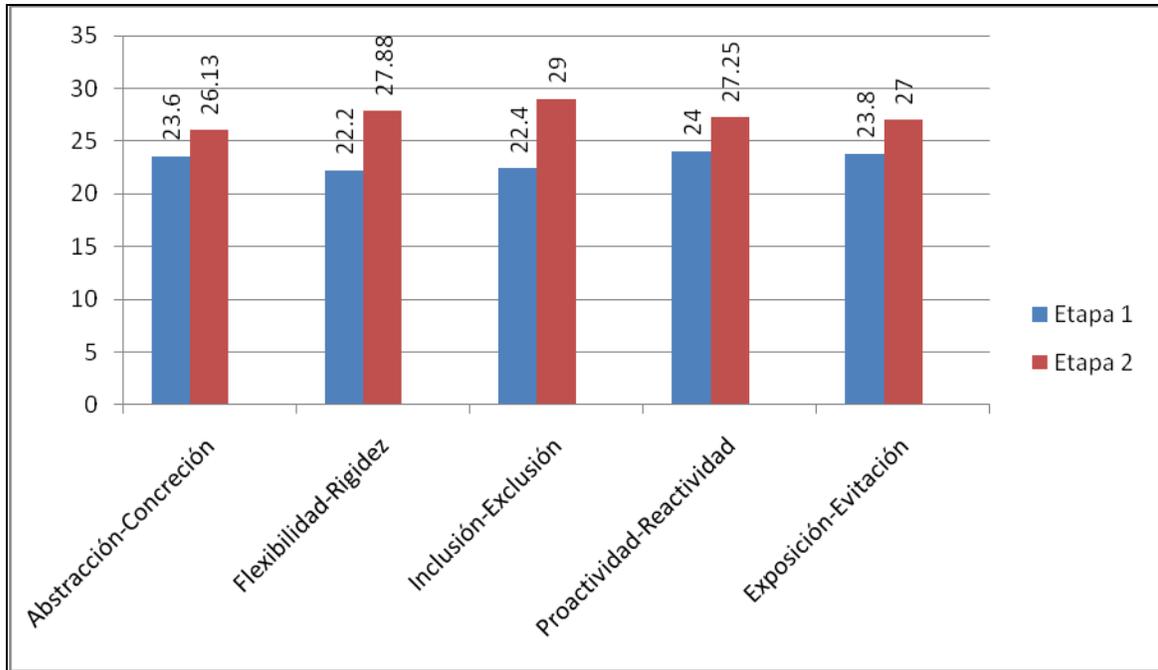
En las variables de Abstracción-Concreción, Proactividad-Reactividad y Exposición-Evitación, las diferencias en las medias de los grupos de la primera y segunda etapa de tratamiento, no fueron significativas en la primera medición aplicada.

**Estadísticos de grupo entre los pacientes de la primera etapa y segunda etapa en la primera medición**

	Etapa de tratamiento en la primera medición	N	Media	Desviación típ.
Abstracción Concreción (primera medición)	1	5	23,60	2,074
	2	8	26,13	3,182
Flexibilidad Rigidez (primera medición)	1	5	22,20	3,271
	2	8	27,88	2,748
Inclusión Exclusión (primera medición)	1	5	22,40	2,408
	2	8	29,00	2,619
Proactividad Reactividad (primera medición)	1	5	24,00	2,915
	2	8	27,25	2,493
Exposición Evitación (primera medición)	1	5	23,80	4,147
	2	8	27,00	2,619

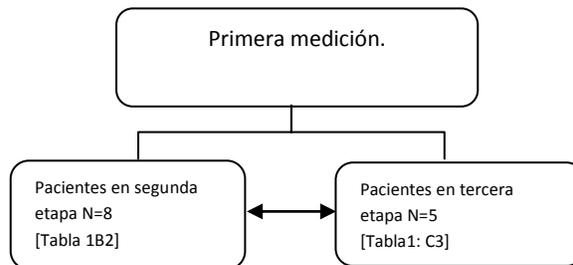
**Prueba de muestras independientes entre grupos de pacientes de la primera etapa y segunda etapa en la primera medición**

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% intervalo de confianza para la diferencia	
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Abstracción Concreción (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	5,976	,033	-1,565	11	,146	-2,525	1,613	-6,075	1,025
	No se han asumido varianzas iguales			-1,732	10,921	,111	-2,525	1,458	-5,737	,687
Flexibilidad Rigidez (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	,001	,974	-3,375	11	,006	-5,675	1,681	-9,376	-1,974
	No se han asumido varianzas iguales			-3,231	7,477	,013	-5,675	1,756	-9,775	-1,575
Inclusión Exclusión (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	,035	,856	-4,550	11	,001	-6,600	1,450	-9,792	-3,408
	No se han asumido varianzas iguales			-4,647	9,219	,001	-6,600	1,420	-9,801	-3,399
Proactividad Reactividad (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	,324	,580	-2,148	11	,055	-3,250	1,513	-6,581	,081
	No se han asumido varianzas iguales			-2,065	7,586	,075	-3,250	1,574	-6,914	,414
Exposición Evitación (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	,367	,557	-1,723	11	,113	-3,200	1,858	-7,289	,889
	No se han asumido varianzas iguales			-1,544	6,028	,173	-3,200	2,073	-8,267	1,867



### 3.4. Diferencias / Semejanzas entre pacientes de la segunda etapa y tercera etapa de tratamiento en la primera medición.

Se comparó los grupos de la segunda y tercera etapa de tratamiento de acuerdo a los puntajes obtenidos en la primera medición, a través de T de Student para muestras Independientes, con el objetivo de determinar si las diferencias observadas en el punto 3.2 eran significativas.



Sólo en la variable de Inclusión-Exclusión se observan diferencias significativas entre las medias de los pacientes del grupo de la segunda etapa de tratamiento y de la tercera etapa de tratamiento, en la primera medición realizada.

En la variable Inclusión-Exclusión, los pacientes de la tercera etapa de tratamiento mostraron una tendencia hacia el polo de la Exclusión, respecto de los pacientes del grupo de la segunda etapa.

Esta tendencia aparece como un retroceso respecto de la inclinación hacia el polo de la Inclusión, observado entre los pacientes de la primera y segunda etapa.

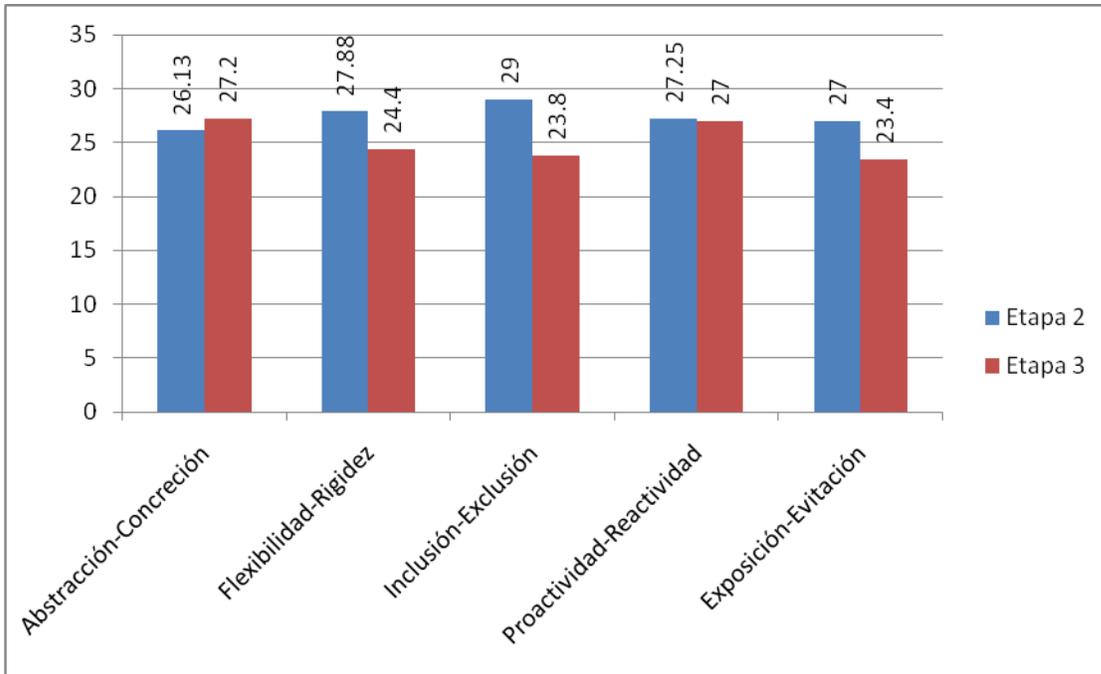
Esta misma tendencia ocurre en la variable flexibilidad-rigidez, pero el cambio en la comparación etapas segunda y tercera no alcanza a ser significativo.

**Estadísticos de grupo entre pacientes de la segunda etapa y tercera etapa de tratamiento en la primera medición**

	Etapa de tratamiento en la primera medición	N	Media	Desviación típ.
Abstracción Concreción (primera medición)	2	8	26,13	3,182
	3	5	27,20	3,114
Flexibilidad Rigidez (primera medición)	2	8	27,88	2,748
	3	5	24,40	3,847
Inclusión Exclusión (primera medición)	2	8	29,00	2,619
	3	5	23,80	4,438
Proactividad Reactividad (primera medición)	2	8	27,25	2,493
	3	5	27,00	2,345
Exposición Evitación (primera medición)	2	8	27,00	2,619
	3	5	23,40	4,159

**Prueba de muestras independientes entre grupos de pacientes de la segunda etapa y tercera etapa de tratamiento en la primera medición**

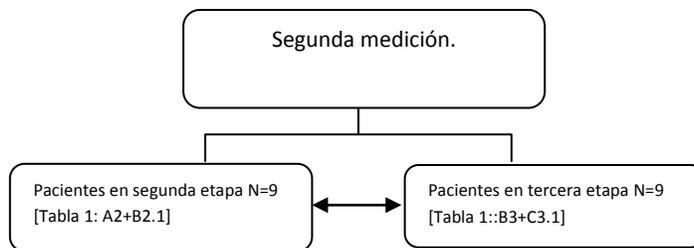
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Abstracción Concreción (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	,215	,652	-,597	11	,562	-1,075	1,800	-5,037	2,887
	No se han asumido varianzas iguales			-,600	8,785	,563	-1,075	1,790	-5,140	2,990
Flexibilidad Rigidez (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	,560	,470	1,910	11	,083	3,475	1,820	-,530	7,480
	No se han asumido varianzas iguales			1,759	6,577	,125	3,475	1,976	-1,259	8,209
Inclusión Exclusión (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	4,326	,062	2,687	11	,021	5,200	1,936	,940	9,460
	No se han asumido varianzas iguales			2,374	5,774	,057	5,200	2,190	-,211	10,611
Proactividad Reactividad (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	,000	1,000	,180	11	,861	,250	1,391	-2,812	3,312
	No se han asumido varianzas iguales			,182	9,062	,859	,250	1,370	-2,846	3,346
Exposición Evitación (primera medición)	Se han asumido varianzas iguales	1,162	,304	1,935	11	,079	3,600	1,861	-,496	7,696
	No se han asumido varianzas iguales			1,733	6,016	,134	3,600	2,078	-1,481	8,681



### 3.5. Diferencias / Semejanzas entre los pacientes de la segunda y tercera etapa de tratamiento en la segunda medición.

Se realizó la comparación entre los dos grupos de pacientes, diferenciados de acuerdo a la etapa de tratamiento en que se encontraban al momento de la segunda medición. Como esta segunda medición se realiza 6 meses después de la primera, y el grupo total de pacientes ha avanzado en su tratamiento, en esta medición ya no hay pacientes que estén en la primera etapa del tratamiento.

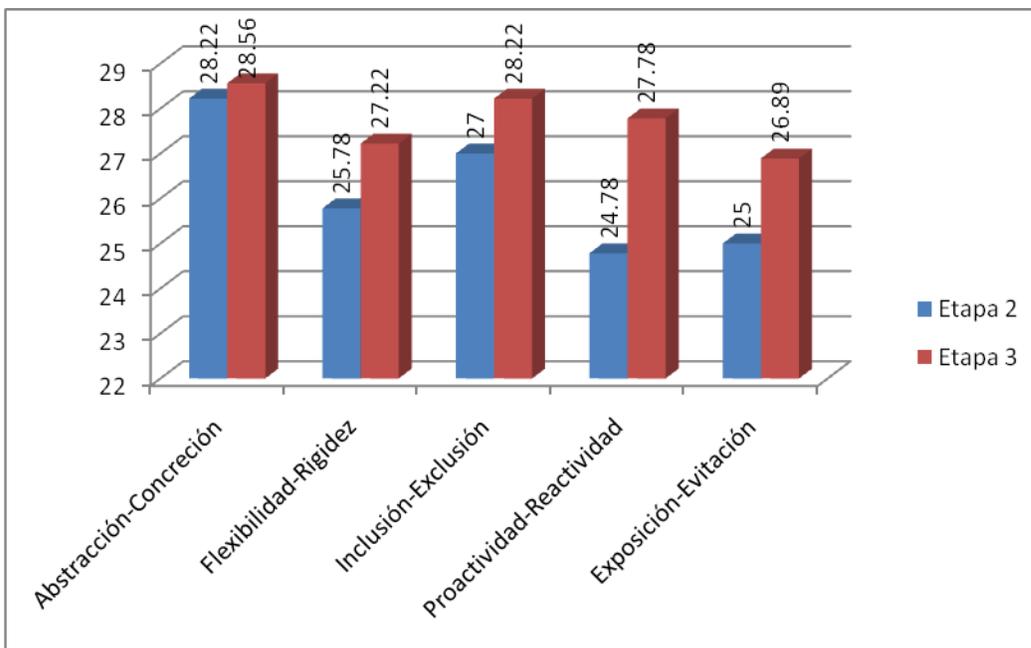
Era esperable encontrar las mismas diferencias observadas entre los grupos 2 y 3 en la primera medición; esto no ocurre así, como se verá a continuación.



Se observan cambios en las categorías de Flexibilidad-Rigidez, Inclusión-Exclusión, Proactividad-Reactividad y Exposición-Evitación, en que la tendencia es la inclinación hacia los polos de Flexibilidad, Inclusión, Proactividad y Exposición. Sin embargo, sólo en la dimensión de Proactividad-Reactividad este cambio es estadísticamente significativo.

En la segunda medición realizada, sólo en la variable Proactividad-Reactividad, se observan diferencias significativas en la segunda medición, entre el grupo que se encuentra en la segunda y tercera etapa de tratamiento. Los pacientes del grupo correspondiente a la tercera etapa del tratamiento, mostraron puntajes más tendientes al polo de la Proactividad, respecto de los pacientes que se encontraban en la segunda etapa de tratamiento.

Este resultado no es concordante con lo observado en la primera medición, comparando también pacientes de la segunda y tercera etapa.



**Estadísticos de grupo entre los pacientes de la segunda y tercera etapa de tratamiento en la segunda medición**

	Etapa de tratamiento en la segunda medición	N	Media	Desviación típ.
Tiempo tratamiento (en semanas) segunda medición	2	9	11,78	4,549
	3	9	24,44	5,028
Abstracción Concreción (segunda medición)	2	9	28,22	2,682
	3	9	28,56	4,003
Flexibilidad Rigidez (segunda medición)	2	9	25,78	3,193
	3	9	27,22	3,993
Inclusión Exclusión (segunda medición)	2	9	27,00	3,841
	3	9	28,22	3,632
Proactividad Reactividad (segunda medición)	2	9	24,78	2,728
	3	9	27,78	2,167
Exposición Evitación (segunda medición)	2	9	25,00	1,936
	3	9	26,89	3,296

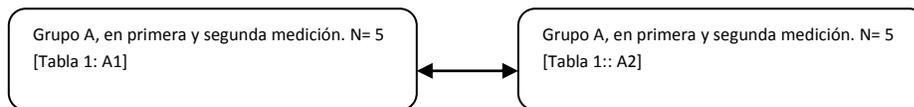
**Prueba de muestras independientes entre grupos de pacientes de la segunda y tercera etapa de tratamiento en la segunda medición**

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Tiempo tratamiento (en semanas) segunda medición	Se han asumido varianzas iguales	,370	,551	-	16	,000	-12,667	2,260	-17,458	-7,875
	No se han asumido varianzas iguales			-	15,843	,000	-12,667	2,260	-17,462	-7,872
Abstracción Concreción (segunda medición)	Se han asumido varianzas iguales	2,300	,149	-,208	16	,838	-,333	1,606	-3,739	3,072
	No se han asumido varianzas iguales			-,208	13,978	,839	-,333	1,606	-3,779	3,112
Flexibilidad Rigidez (segunda medición)	Se han asumido varianzas iguales	,694	,417	-,848	16	,409	-1,444	1,704	-5,057	2,168
	No se han asumido varianzas iguales			-,848	15,261	,410	-1,444	1,704	-5,071	2,183
Inclusión Exclusión (segunda medición)	Se han asumido varianzas iguales	,178	,679	-,694	16	,498	-1,222	1,762	-4,958	2,513
	No se han asumido varianzas iguales			-,694	15,951	,498	-1,222	1,762	-4,959	2,514
Proactividad Reactividad (segunda medición)	Se han asumido varianzas iguales	1,499	,239	-	16	,020	-3,000	1,161	-5,462	-,538
	No se han asumido varianzas iguales			-	15,219	,021	-3,000	1,161	-5,472	-,528
Exposición Evitación (segunda medición)	Se han asumido varianzas iguales	1,756	,204	-	16	,158	-1,889	1,274	-4,590	,812
	No se han asumido varianzas iguales			-	12,936	,162	-1,889	1,274	-4,643	,865

#### 4. Comparaciones por subgrupos.

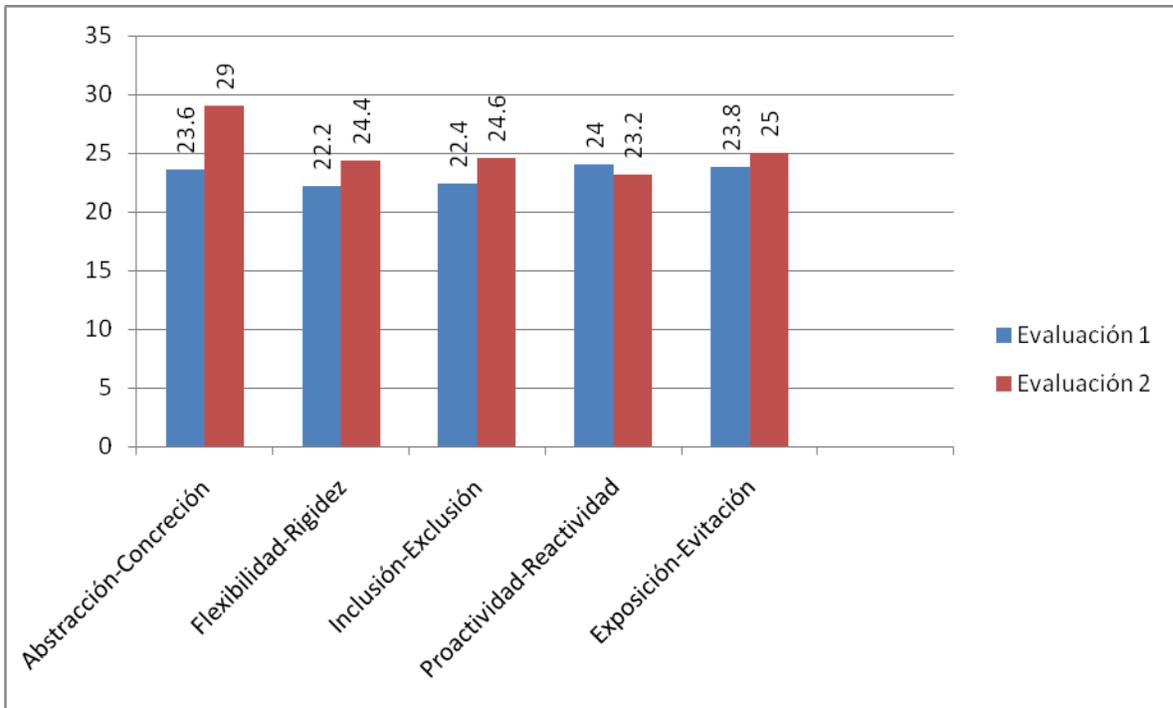
Se realizaron comparaciones en distintos subgrupos, en dos mediciones distintas, para evaluar si las diferencias observadas anteriormente se mantienen en grupos con los mismos individuos en dos etapas distintas.

##### 4.1. Diferencias / Semejanzas en evaluación del subgrupo de pacientes que estaba en la primera etapa de tratamiento durante la primera medición. Comparación entre primera y segunda evaluación de este subgrupo.



Se tomó el grupo de pacientes que estaban en la primera etapa durante la primera medición, comparándolo con sus propios resultados durante la segunda evaluación (todos los pacientes de este grupo habían avanzado a la segunda etapa de tratamiento).

En este subgrupo, se observaron cambios significativos en la dimensión Abstracción-Concreción, hacia el polo de la abstracción.



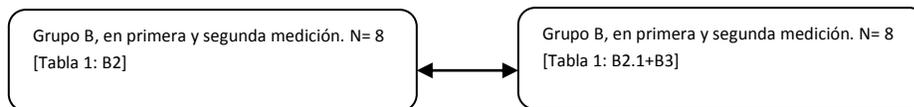
**Estadísticos de muestras relacionadas para el subgrupo de pacientes que estaba en la primera etapa de tratamiento durante la primera medición. Comparación entre primera y segunda evaluación de este subgrupo**

		Media	N	Desviación típ.
Par 1	Abstracción Concreción (primera medición)	23.60	5	2.074
	Abstracción Concreción (segunda medición)	29.00	5	3.240
Par 2	Flexibilidad Rigidez (primera medición)	22.20	5	3.271
	Flexibilidad Rigidez (segunda medición)	24.40	5	2.881
Par 3	Inclusión Exclusión (primera medición)	22.40	5	2.408
	Inclusión Exclusión (segunda medición)	24.60	5	2.074
Par 4	Proactividad Reactividad (primera medición)	24.00	5	2.915
	Proactividad Reactividad (segunda medición)	23.20	5	2.588
Par 5	Exposición Evitación (primera medición)	23.80	5	4.147
	Exposición Evitación (segunda medición)	25.00	5	2.236

**Prueba de muestras relacionadas para el subgrupo de pacientes que estaba en la primera etapa de tratamiento durante la primera medición. Comparación entre primera y segunda evaluación de este subgrupo**

Par	Diferencias relacionadas	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia					Desviación típ.
					Superior	Inferior				
Par 1	Abstracción Concreción (primera medición) - Abstracción Concreción (segunda medición)	-5.400	4.219	1.887	-10.639	-.161	2.862	4	.046	
Par 2	Flexibilidad Rigidez (primera medición) - Flexibilidad Rigidez (segunda medición)	-2.200	3.194	1.428	-6.166	1.766	1.540	4	.198	
Par 3	Inclusión Exclusión (primera medición) - Inclusión Exclusión (segunda medición)	-2.200	3.421	1.530	-6.447	2.047	1.438	4	.224	
Par 4	Proactividad Reactividad (primera medición) - Proactividad Reactividad (segunda medición)	.800	4.266	1.908	-4.497	6.097	.419	4	.697	
Par 5	Exposición Evitación (primera medición) - Exposición Evitación (segunda medición)	-1.200	3.271	1.463	-5.262	2.862	-.820	4	.458	

**4.2. Diferencias / Semejanzas en la evaluación del subgrupo de pacientes que estaba en la segunda etapa del tratamiento en la primera evaluación.**



Se tomó el grupo de pacientes que estaban en la segunda etapa durante la primera medición, comparándolo con sus propios resultados durante la segunda evaluación (de este subgrupo la mitad de los pacientes habían avanzado a la tercera etapa y la otra mitad seguían en la segunda etapa).

En este subgrupo, no se observaron cambios significativos en ninguna de las dimensiones operativas.

**Estadísticos de muestras relacionadas para el subgrupo de pacientes que estaba en la segunda etapa del tratamiento en la primera evaluación.**

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Abstracción Concreción (primera medición)	26.13	8	3.182	1.125
	Abstracción Concreción (segunda medición)	28.00	8	3.891	1.376
Par 2	Flexibilidad Rigidez (primera medición)	27.88	8	2.748	.972
	Flexibilidad Rigidez (segunda medición)	28.25	8	3.240	1.146
Par 3	Inclusión Exclusión (primera medición)	29.00	8	2.619	.926
	Inclusión Exclusión (segunda medición)	29.75	8	3.808	1.346
Par 4	Proactividad Reactividad (primera medición)	27.25	8	2.493	.881
	Proactividad Reactividad (segunda medición)	26.88	8	1.959	.693
Par 5	Exposición Evitación (primera medición)	27.00	8	2.619	.926
	Exposición Evitación (segunda medición)	26.63	8	3.543	1.253

**Prueba de muestras relacionadas para el subgrupo de pacientes que estaba en la segunda etapa del tratamiento en la primera evaluación.**

Par		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Superior				Inferior
Par 1	Abstracción Concreción (primera medición) - Abstracción Concreción (segunda medición)	-1.875	3.399	1.202	-4.717	.967	1.560	7	.163
Par 2	Flexibilidad Rigidez (primera medición) - Flexibilidad Rigidez (segunda medición)	-.375	3.249	1.149	-3.091	2.341	-.326	7	.754
Par 3	Inclusión Exclusión (primera medición) - Inclusión Exclusión (segunda medición)	-.750	3.655	1.292	-3.805	2.305	-.580	7	.580
Par 4	Proactividad Reactividad (primera medición) - Proactividad Reactividad (segunda medición)	.375	1.923	.680	-1.232	1.982	.552	7	.598
Par 5	Exposición Evitación (primera medición) - Exposición Evitación (segunda medición)	.375	3.503	1.238	-2.553	3.303	.303	7	.771

Posteriormente, se reanalizó este mismo subgrupo considerando la diferencia entre pacientes que habían avanzado a la tercera etapa y los que se mantenían en la segunda; por la posibilidad de que esta diferencia se reflejara en distintos puntajes en las dimensiones operativas.

Pacientes que se mantienen en la segunda etapa, en la segunda medición (N=4).  
[Tabla 1:B2.1]  
Pacientes que pasaron a la tercera etapa, en la segunda medición (N=4)  
[Tabla 1:B3]

En los pacientes que estaban en la segunda etapa, en la primera medición, y se mantienen en la segunda etapa en la segunda medición (N=4), no se observan diferencias significativas en ninguna categoría. Respecto de los pacientes que estaban en la segunda etapa de tratamiento, en la primera medición, y pasaron a la tercera etapa en la segunda medición (N=4), tampoco se observan diferencias significativas.

Sin embargo, en el subgrupo de pacientes (N=4) que se mantiene en la segunda etapa en ambas mediciones, es posible observar que el promedio grupal en la categoría Inclusión-Exclusión está fuera del rango de equilibrio y se inclina hacia el polo activo de la variable (tendencia a la Inclusión)

**Estadísticos de muestras relacionadas para el subgrupo de pacientes que estaba en la segunda etapa del tratamiento en la primera evaluación y se mantiene en segunda etapa en la segunda medición.**

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Abstracción Concreción (primera medición)	27.00	4	3.367	1.683
	Abstracción Concreción (segunda medición)	27.25	4	1.708	.854
Par 2	Flexibilidad Rigidez (primera medición)	29.25	4	2.872	1.436
	Flexibilidad Rigidez (segunda medición)	27.50	4	3.000	1.500
Par 3	Inclusión Exclusión (primera medición)	30.50	4	1.732	.866
	Inclusión Exclusión (segunda medición)	30.00	4	3.464	1.732
Par 4	Proactividad Reactividad (primera medición)	26.50	4	2.082	1.041
	Proactividad Reactividad (segunda medición)	26.75	4	1.258	.629
Par 5	Exposición Evitación (primera medición)	26.50	4	3.109	1.555
	Exposición Evitación (segunda medición)	25.00	4	1.826	.913

**Prueba de muestras relacionadas para el subgrupo de pacientes que estaba en la segunda etapa del tratamiento en la primera evaluación y se mantiene en segunda etapa en la segunda medición.**

Par		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Superior	Inferior			
1	Abstracción Concreción (primera medición) - Abstracción Concreción (segunda medición)	-.250	2.217	1.109	-3.778	3.278	-.225	3	.836
2	Flexibilidad Rigidez (primera medición) - Flexibilidad Rigidez (segunda medición)	1.750	1.893	.946	-1.262	4.762	1.849	3	.162
3	Inclusión Exclusión (primera medición) - Inclusión Exclusión (segunda medición)	.500	3.697	1.848	-5.383	6.383	.271	3	.804
4	Proactividad Reactividad (primera medición) - Proactividad Reactividad (segunda medición)	-.250	2.630	1.315	-4.435	3.935	-.190	3	.861
5	Exposición Evitación (primera medición) - Exposición Evitación (segunda medición)	1.500	1.291	.645	-.554	3.554	2.324	3	.103

**Estadísticos de muestras relacionadas para el subgrupo de pacientes que estaba en la segunda etapa del tratamiento en la primera evaluación y pasan a la tercera etapa del tratamiento en la segunda evaluación.**

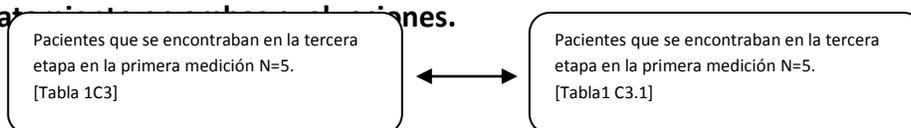
ζ		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Abstracción Concreción (primera medición)	25.25	4	3.202	1.601
	Abstracción Concreción (segunda medición)	28.75	4	5.560	2.780
Par 2	Flexibilidad Rigidez (primera medición)	26.50	4	2.082	1.041
	Flexibilidad Rigidez (segunda medición)	29.00	4	3.742	1.871
Par 3	Inclusión Exclusión (primera medición)	27.50	4	2.646	1.323
	Inclusión Exclusión (segunda medición)	29.50	4	4.655	2.327
Par 4	Proactividad Reactividad (primera medición)	28.00	4	2.944	1.472
	Proactividad Reactividad (segunda medición)	27.00	4	2.708	1.354
Par 5	Exposición Evitación (primera medición)	27.50	4	2.380	1.190
	Exposición Evitación (segunda medición)	28.25	4	4.349	2.175

**Prueba de muestras relacionadas para el subgrupo de pacientes que estaba en la segunda etapa del tratamiento en la primera evaluación y pasan a la tercera etapa del tratamiento en la segunda evaluación.**

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Superior	Inferior			
Par 1	Abstracción Concreción (primera medición) - Abstracción Concreción (segunda medición)	-3.500	3.873	1.936	-9.663	2.663	-1.807	3	.168
Par 2	Flexibilidad Rigidez (primera medición) - Flexibilidad Rigidez (segunda medición)	-2.500	3.000	1.500	-7.274	2.274	-1.667	3	.194
Par 3	Inclusión Exclusión (primera medición) - Inclusión Exclusión (segunda medición)	-2.000	3.651	1.826	-7.810	3.810	-1.095	3	.353
Par 4	Proactividad Reactividad (primera medición) - Proactividad Reactividad (segunda medición)	1.000	.816	.408	-.299	2.299	2.449	3	.092
Par 5	Exposición Evitación (primera medición) - Exposición Evitación (segunda medición)	-.750	4.856	2.428	-8.477	6.977	-.309	3	.778

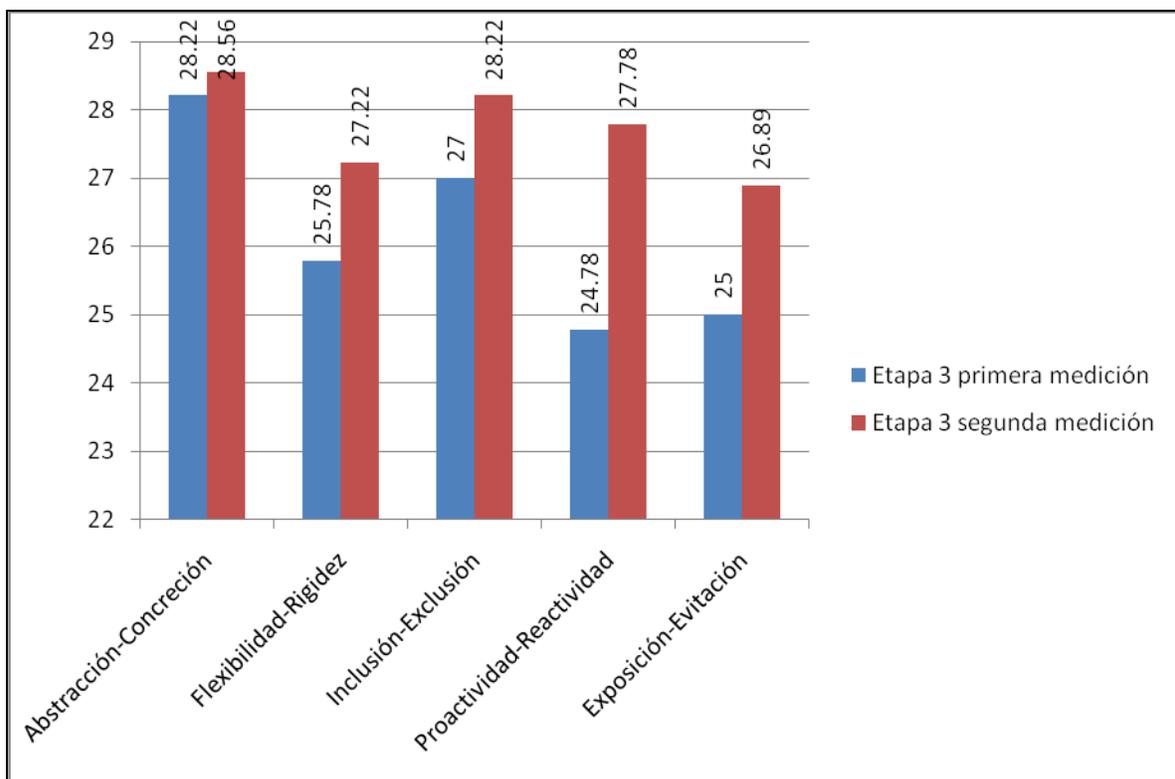
**4.3. Diferencias / Semejanzas entre pacientes que están en la tercera etapa de**

**tratamiento en la tercera evaluación.**



Se comparó a los pacientes que estaban en la tercera etapa de tratamiento en la primera evaluación, y que se mantuvieron en esta tercera etapa a la fecha de la segunda medición. Respecto de este subgrupo (N=5), se observó una diferencia significativa en la dimensión

Proactividad-Reactividad, con una tendencia hacia la Proactividad en la segunda medición. Las demás dimensiones operativas no presentaron diferencias significativas.



Estadísticos de muestras relacionadas para grupos de pacientes que están en la tercera etapa de tratamiento en ambas evaluaciones

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Abstracción Concreción (primera medición)	27.20	5	3.114	1.393
	Abstracción Concreción (segunda medición)	28.40	5	2.966	1.327
Par 2	Flexibilidad Rigidez (primera medición)	24.40	5	3.847	1.720
	Flexibilidad Rigidez (segunda medición)	25.80	5	3.962	1.772
Par 3	Inclusión Exclusión (primera medición)	23.80	5	4.438	1.985
	Inclusión Exclusión (segunda medición)	27.20	5	2.683	1.200
Par 4	Proactividad Reactividad (primera medición)	27.00	5	2.345	1.049
	Proactividad Reactividad (segunda medición)	28.40	5	1.673	.748
Par 5	Exposición Evitación (primera medición)	23.40	5	4.159	1.860
	Exposición Evitación (segunda medición)	25.80	5	2.049	.917

**Prueba de muestras relacionadas para grupos de pacientes que están en la tercera etapa de tratamiento en ambas evaluaciones**

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Superior	Inferior			
Par 1	Abstracción Concreción (primera medición) - Abstracción Concreción (segunda medición)	-1.200	1.643	.735	-3.240	.840	- 1.633	4	.178
Par 2	Flexibilidad Rigidez (primera medición) - Flexibilidad Rigidez (segunda medición)	-1.400	3.286	1.470	-5.481	2.681	-.953	4	.395
Par 3	Inclusión Exclusión (primera medición) - Inclusión Exclusión (segunda medición)	-3.400	3.050	1.364	-7.187	.387	- 2.493	4	.067
Par 4	Proactividad Reactividad (primera medición) - Proactividad Reactividad (segunda medición)	-1.400	.894	.400	-2.511	-.289	- 3.500	4	.025
Par 5	Exposición Evitación (primera medición) - Exposición Evitación (segunda medición)	-2.400	4.506	2.015	-7.994	3.194	- 1.191	4	.299

## 5. Discusión y Conclusiones.

El análisis de los resultados permite distinguir que tanto en la aplicación inicial del Cuestionario de Dimensiones Operativas como en la aplicación final, los promedios de los puntajes de todas las dimensiones se encontraban en un rango de equilibrio.

El primer conjunto de análisis, contenidos en el punto 2, permitió comparar dos grupos distintos de pacientes que se encontraban en la misma etapa del tratamiento. Esto se realizó con dos grupos en la etapa 2 y con dos grupos en la etapa 3. Lo esperable era no encontrar mayores diferencias entre estos grupos, asumiendo que los pacientes que están en la misma etapa de tratamiento debieran presentar características similares. Los resultados permiten confirmar esto, dado que en ninguno de los dos casos los grupos presentan diferencias significativas en ninguna de las dimensiones operativas.

### **A más tiempo de tratamiento, las dimensiones operativas se inclinan hacia el polo activo de las variables.**

El segundo conjunto de análisis, descritos en el punto 3, se comparó a los grupos de pacientes distintos, de acuerdo a la etapa de tratamiento en que se encontraban.

En la comparación en el grupo total (N=18), entre la aplicación inicial y la reevaluación, fue posible ver cambios significativos en la segunda evaluación respecto de la primera, en las dimensiones de Abstracción-Concreción, que se movió hacia el polo de la Abstracción; y de Inclusión-Exclusión, con inclinación hacia el polo de la Inclusión. En las dimensiones de Flexibilidad-Rigidez y Exposición-Evitación hay cambios hacia los polos de Flexibilidad y Exposición, que no alcanzan a ser estadísticamente significativos. La dimensión de Proactividad-Reactividad se mantiene igual.

El tratamiento podría explicar esta diferencia en el grupo total. Los pacientes, si bien están en distintas etapas del mismo, han avanzado 6 meses en su evolución entre la primera y la segunda evaluación, lo que podría implicar la integración de un relato más conceptual –y menos concreto– de su experiencia. También este período de tiempo podría explicar que los pacientes sometidos a

tratamiento logren incorporar nueva información en su experiencia, especialmente en lo que se refiere a aumentar su conciencia de enfermedad (reconocerse a sí mismos como portadores de una dependencia química y de lo que esto implica), lo que se reflejaría en una mayor capacidad de Inclusión.

Habría sido esperable mayores cambios en la variable de Flexibilidad-Rigidez, en tanto la terapia debiera permitir a la mayoría de los pacientes aumentar su capacidad de incorporar distintas alternativas para operar ante las demandas del medio, sin embargo es posible que la gran dispersión del grupo total en cuanto a etapas del tratamiento en esta evaluación no permita dar cuenta de dicho cambio.

Llama la atención la ausencia de cambios en la variable Proactividad-Reactividad, pues se esperaría que el tratamiento permitiera aumentar las competencias en la capacidad de respuesta frente a las demandas del medio. Sin embargo, podría entenderse que esta capacidad se desarrolla con mayor énfasis hacia el final del tratamiento, y en el grupo total, el porcentaje de pacientes en la etapa 3 de tratamiento corresponden a menos del 30%.

Respecto de la variable Exposición-Evitación es esperable que no presente mayores cambios. La mayoría de los pacientes en tratamiento oscilan respecto de la actitud de enfrentamiento y de escape de las perturbaciones, y las modificaciones en este plano normalmente responden a cambios específicos del comportamiento en algunas áreas hacia un mayor enfrentamiento y en otras hacia un mayor repliegue (especialmente en lo que se relaciona con el autocuidado), pero la prueba no incorpora distinciones de esta naturaleza.

### **Comparación entre grupos de sujetos distintos no aporta resultados consistentes.**

Posteriormente se comparó a los pacientes por etapas de tratamiento. En la comparación de los 3 grupos durante la primera medición: Entre la primera y segunda etapa se observaron cambios en todas las dimensiones operativas, hacia los polos de Abstracción, Flexibilidad, Inclusión, Proactividad y Exposición; mientras que en la comparación de esta segunda etapa de tratamiento con la tercera etapa pareciera que hay una tendencia a retroceder en este cambio inicial,

mostrando tendencia en la tercera etapa hacia la rigidez, exclusión y evitación. Las categorías de Abstracción-Concreción y Proactividad-Reactividad no siguen esta tendencia.

De estos cambios, entre los grupos de la etapa 1 y 2, resultaron ser significativos los cambios descritos en las dimensiones de Flexibilidad-Rigidez y de Inclusión-Exclusión, hacia los polos de Flexibilidad y de Inclusión en la segunda etapa. Y de los cambios observados entre pacientes de la etapa 2 y 3, sólo resulta significativa la inclinación hacia el polo de la exclusión.

En la segunda medición, sólo fue posible comparar pacientes de la segunda y tercera etapa. Los resultados no se condicen con lo descrito anteriormente, destacando únicamente cambios significativos en la dimensión Proactividad-Reactividad, con una tendencia hacia el polo de la Proactividad.

Los resultados en estas comparaciones no parecen consistentes. Si bien podría comprenderse primero un cambio en una dirección y luego un retroceso en esto mismo, en una etapa distinta; es difícil explicar en relación al tratamiento la diferencia observada en la comparación etapa 2 y 3 en la primera medición versus etapa 2 y 3 en la segunda medición. Una posible explicación se relaciona con las limitaciones de este análisis, en que tratándose de sujetos distintos (en cada grupo) y de grupos relativamente pequeños, tanto los cambios como las inconsistencias podrían explicarse desde las diferencias y no necesariamente desde el impacto del tratamiento.

En consideración exclusivamente a la primera medición podríamos suponer que, aunque el cambio en varias de estas variables no alcanza a ser estadísticamente significativo, nos permite pensar en la perturbación generada por un proceso terapéutico importante, que conduce posteriormente (y hacia el final) a una nueva estabilidad. Resulta significativa la posibilidad de interpretar estos resultados de acuerdo a la observación clínica de los pacientes en tratamiento, en que durante el proceso terapéutico resulta coherente una inclinación hacia el polo de la inclusión, en tanto opera la incorporación de nueva información perturbadora de la experiencia; sin embargo hacia el final del tratamiento (tercera etapa), es normal observar una tendencia a disminuir posibilidades de cuestionamiento respecto de la experiencia y percepción de coherencia interna lograda durante el proceso de tratamiento, como una manera de protegerse respecto del entorno.

## **Movimiento hacia la Abstracción en la primera etapa y hacia la Proactividad en el final del tratamiento.**

En el último punto, el análisis compara a los mismos sujetos en dos momentos distintos. Igualmente se incluyen pacientes de todas las etapas de tratamiento, pero la comparación se realizó en cada subgrupo, respecto de sí mismo.

En los pacientes del grupo A (de acuerdo a la Tabla 1), se les midió durante la primera etapa y luego 6 meses después, durante la segunda etapa. Entre la primera y segunda medición este subgrupo presentó modificaciones significativas únicamente en la categoría de Abstracción-Concreción, inclinándose hacia el polo de la Abstracción. La primera etapa de tratamiento se caracteriza por ser la etapa de desintoxicación y, en el mediano plazo, de un mejoramiento en las condiciones generales. Aparecen cambios evidentes a nivel cognitivo, en que los pacientes logran un nivel más abstracto, integrando distintos elementos. Es coherente pensar que el desarrollo de un primer nivel de consciencia de enfermedad implica la capacidad de lograr una descripción de la experiencia de nivel más explicativo y no únicamente descriptivo, como ocurre en la primera etapa. Esto es consistente con lo descrito por Sánchez-Hervás, E., Tomás Grandoli, V. & Morales Gallús, E. (2004), respecto de que al inicio de los tratamientos los cambios son más bien a nivel cognitivo. Yáñez (2005) también explica que la dimensión abstracción-concreción es exigida durante el proceso terapéutico ya que la simbolización de los contenidos es fundamental en el proceso de cambio.

En la comparación realizada en el subgrupo B (pacientes que estaban en la segunda etapa durante la primera medición), no aparecen cambios significativos. Esto podría relacionarse con la mayor dispersión de este grupo: la segunda etapa está definida entre los 7 y 17 meses de tratamiento, por lo que podemos encontrar un grupo más heterogéneo respecto de su proceso de cambio. Sin embargo, al diferenciar entre los pacientes que en la segunda medición pasan a la tercera etapa versus lo que se mantienen en la etapa 2 (lo que implica una diferenciación en dos subgrupos más similares entre sí respecto al tiempo de tratamiento), tampoco se observan cambios significativos.

El último subgrupo (subgrupo C), que se refiere a los pacientes de la tercera etapa durante la medición inicial, pasados 6 meses pudimos observar una diferencia significativa en la categoría de Proactividad-Reactividad, hacia el polo de la Proactividad. Este subgrupo, en la segunda medición, está enfrentando desafíos relacionados con el final del tratamiento. En la observación clínica de estos pacientes es frecuente encontrar mayor capacidad de iniciativa y seguridad, normalmente las condiciones ambientales implican una mayor autonomía y la necesidad de tomar decisiones y retomar la capacidad de autocuidado, por lo que lo observado en este punto respecto de la evaluación de las dimensiones operativas es consistente con la observación clínica de los pacientes.

### **Principales resultados**

En síntesis, de acuerdo a las preguntas de investigación e hipótesis planteadas, sólo son observables los cambios esperados en algunas de las dimensiones operativas, y sólo en algunos momentos del tratamiento. Los resultados que más destacan son los que se refieren a los cambios observables en los grupos de pacientes respecto de sí mismos, en dos momentos distintos, y en esto, el cambio entre la primera y segunda etapa hacia el polo de la abstracción así como entre la tercera etapa y el final del tratamiento hacia el polo de la proactividad. Ambos cambios son consistentes con las observaciones clínicas de los procesos terapéuticos en este tratamiento, y por lo tanto, podría deducirse que en este aspecto la evaluación sí logra dar cuenta de un cambio en el funcionamiento del sujeto.

En otras dimensiones habría sido también esperable detectar cambios; por ejemplo, en la dimensión Inclusión-Exclusión, en dónde Yáñez (2005) refiere que la patología estaría expresada en la magnitud y frecuencia de exclusión de contenidos de la consciencia, y cuyas manifestaciones clínicas son plenamente observables en las etapas iniciales del tratamiento a través de la negación de los pacientes respecto de las verdaderas dimensiones y consecuencias del consumo. Sólo en un subgrupo de la etapa 2 de tratamiento (el subgrupo que estaba en etapa 2 en ambas mediciones), se observan promedios grupales en esta categoría que se encuentran en el polo activo de la variable (tendencia a la Inclusión), lo que no ocurre en ningún otro subgrupo de pacientes. Sin embargo, este puntaje no alcanza a demostrar que haya habido un cambio significativo respecto a la etapa anterior del tratamiento.

## Comportamiento del Instrumento

Respecto al Cuestionario de Dimensiones Operativas, éste constituye un primer acercamiento a la posibilidad de evaluar estas variables en el desempeño de un sujeto.

Resulta significativo mencionar que en el estudio que condujo a la validación del Cuestionario de Dimensiones Operativas (Ángel, 2010), se observó una inclinación hacia el polo pasivo de las variables en pacientes adictos, al compararlos con pacientes no adictos; esta distinción es interesante en tanto podría equipararse al cambio observado en el presente estudio, en que transcurridos 6 meses de terapia, el grupo total se acercaba al polo activo de las variables, asimilándose más, a medida que avanza el proceso de recuperación, a un funcionamiento “normal”, y en ese caso podrían ser relativamente comparables con pacientes no adictos.

En los resultados del estudio de Ángel (2010) las dimensiones operativas que parecen verse más afectadas por la dependencia a sustancias, en forma independiente de otras variables, son las de Inclusión-Exclusión y Exposición-Evitación. Desde este punto de vista podríamos haber esperado observar cambios en estas variables en los pacientes en que el tratamiento está más avanzado respecto de los pacientes de etapas iniciales, esto sólo fue observable en la comparación en las medias de los grupos que estaban en la primera y segunda etapa de tratamiento en la primera medición aplicada, pero no se confirmó en la comparación entre grupos de etapa 1 y 2 en la segunda medición y tampoco en las mediciones de subgrupos en dos momentos distintos.

De acuerdo a lo anterior, al parecer, si bien el Cuestionario de Dimensiones Operativas permite establecer algunas diferencias (como fue mencionado en el punto 4), su actual diseño no permitiría dar cuenta de diferencias más sutiles que sí son observables en la clínica del proceso terapéutico. Un aspecto importante es que incluso en etapas iniciales del tratamiento, en que los promedios grupales podrían haberse inclinado hacia el polo pasivo de algunas de las variables, esto no opera así, y los promedios de todos los grupos y subgrupos se encuentran siempre en el

rango de equilibrio<sup>1</sup>. Así mismo, en varios casos los resultados no fueron consistentes entre una evaluación y otra.

En general, podríamos afirmar que el Cuestionario, tal como está en este momento, no es capaz de dar cuenta de muchos de los cambios que sí ocurren en los pacientes.

Actualmente existen pocas posibilidades de dar cuenta de manera cuantificable de los cambios en psicoterapia en cuanto al funcionamiento del sí mismo. El Cuestionario de Dimensiones Operativas podría contribuir a este desarrollo, sin embargo, se considera necesario mejorarlo, pues actualmente parece no dar cuenta de aspectos importantes de los cambios que operan en los pacientes. Es recomendable que los resultados del estudio se puedan verificar en otras poblaciones o correlacionar el resultado con otros instrumentos de evaluación.

---

<sup>1</sup> Con la única excepción de respecto de la categoría Inclusión-Exclusión en un subgrupo en particular en la etapa 2 (punto 4.2).

## VI. Bibliografía

Ángel, Ana (2010). *Exploración de la Dimensiones Operativas mediante el diseño de un instrumento cuantitativo*. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica, mención Clínica Adultos. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Postgrado, Programa de Doctorado en Psicología. Santiago de Chile.

American Psychiatric Association (APA) (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 4Ed. (DSM IV. Washington, DC.

Hernández R., Fernández C., Baptista P., (2006) *Metodología de la Investigación*, México D.F., Editorial Mc Graw Hill, Cuarta Edición

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) (2001, rev. 2010). *Principios de tratamiento para la drogadicción. Una guía basada en las investigaciones (2ª edición)*. Institutos Nacionales de Salud. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

EN: <http://www.nida.nih.gov/PDF/PODAT/PODATsp.pdf>

Mahoney, M. (1988). Psicoterapia y procesos de cambio humano. En: Mahoney M. & Freeman A. (Eds). *Cognición y Psicoterapia* (pp25-64).

Organización Mundial de la Salud (1994). *Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)*.

Pedrero E., Fernández J., Casete L., Bermejo M., Secades R. Tomás Grandoli V. (2008) Guía Clínica de intervención psicológica en adicciones (*Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica*). [www.socidrogalcohol.org](http://www.socidrogalcohol.org)

Sánchez-Herváz, E., Tomás Grandoli, V. & Morales Gallús, E. (2004) Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos* 6(3): 159-166.

Yáñez J. (2006) *Apunte sobre Teoría Clínica Constructivista Cognitivo*. Documentos de trabajo, Grupo Constructivista Cognitivo, Magister Psicología Clínica Adultos, Universidad de Chile.

Yáñez J. (2005) *Constructivismo Cognitivo*. Documentos de trabajo, Grupo Constructivista Cognitivo, Magister Psicología Clínica Adultos, Universidad de Chile.

Yáñez J. (2005) *Constructivismo Cognitivo: Bases Conceptuales para una Psicoterapia Breve Basada en la Evidencia*. Tesis para optar al Grado de Doctor en Psicología. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Postgrado, Programa de Doctorado en Psicología. Santiago de Chile.

Yáñez J. (2008) *Apunte sobre Psicopatología y Dimensiones Operativas*. Documento de trabajo, Grupo Constructivista Cognitivo, Magister Psicología Clínica Adultos, Universidad de Chile.