

Un Método Simplificado para el  
**SEGUIMIENTO**  
**RUTINARIO DE RESULTADOS**  
después del Tratamiento  
por Drogadicción

16 de septiembre de 2013

**Richard D. Lennox, Marie A. Sternquist  
y Dr. Alfonso Paredes**





Un Método Simplificado para el  
**SEGUIMIENTO**  
**RUTINARIO DE RESULTADOS**  
después del Tratamiento  
por Drogadicción



16 de septiembre de 2013

**Richard D. Lennox**  
**Chestnut Health Systems**  
**2404 Western Park Lane, Hillsborough, NC 27278, USA**

**Marie A. Sternquist**  
**Consultor de Investigación Independiente**  
**14650 Wildien Drive, Anchorage, AK 99516, USA**

**Alfonso Paredes**  
**Profesor Emérito de Psiquiatría**  
**Universidad de California en Los Ángeles**



# Un Método Simplificado para el

## **SEGUIMIENTO**

### **RUTINARIO DE RESULTADOS**

#### después del Tratamiento

#### por Drogadicción

Richard D. Lennox, Marie A. Sternquist y el Dr. Alfonso Paredes  
Revisión por homólogos académicos y publicado por Libertas Academica

#### **RESUMEN EJECUTIVO**

La recolección rutinaria de resultados de tratamiento por drogadicción para gestionar la calidad de la atención, mejorar la satisfacción del paciente, y asignar recursos para el tratamiento en la actualidad se ve obstaculizada por dos dificultades principales: (1) problemas para localizar a clientes una vez que terminan el tratamiento y (2) el costo elevado para obtener información fidedigna y sustanciosa tras el tratamiento. Este estudio investigó métodos precisos para un sistema (el cual funciona con personal y es económico) de Seguimiento Rutinario de Resultados (ROM, por sus siglas en inglés: Routine Outcome Monitoring) usando una encuesta telefónica que consiste en 18 puntos básicos de evaluación. Tal como se efectuó en Narconon Oklahoma, un programa de rehabilitación de drogadictos internos que se basaba en habilidades interpersonales y de comportamiento, se determinó que el sistema era psicométricamente adecuado para informes integrales al mismo tiempo que proporcionaba información de valor científico.

El estudio analizó el procedimiento desarrollado y ejecutado por el Narconon de Oklahoma (“Narconon”) para darle seguimiento a resultados a largo plazo logrados por aquellos que habían completado el programa de rehabilitación de drogas y alcohol de Narconon. Esta disertación describe los métodos precisos para un sistema (el cual funciona con personal y es económico) de Seguimiento Rutinario de Resultados (ROM) usando una encuesta telefónica la cual consiste en 18 puntos básicos de evaluación tal como se usan en el programa Narconon; esta disertación también describe los resultados del proceso de seguimiento de resultados.

Los objetivos de Seguimiento Rutinario de Resultados son sencillos: garantizar la eficacia constante y continua del tratamiento, que tenga uniformidad y que sea económico; mejorar la calidad general del tratamiento; y asegurarse de que los proveedores de servicios de salud rindan cuentas a las fuentes de financiación mediante el seguimiento de sus resultados y el mantener la calidad del tratamiento.

El seguimiento sistemático de clientes después de que han completado un ciclo completo de intervención, cuando están funcionando bajo supervisión mínima (tal como con un miembro de su familia, colegas

de trabajo y la comunidad), es uno de los métodos más convincentes para demostrar la eficacia en sí de programas de salud del comportamiento humano. A pesar de declarar intenciones de obtener datos sustanciosos posteriores al alta, la mayoría de los esfuerzos de dar seguimiento a rendimiento se encuentran todavía en fase de desarrollo. Las limitaciones a la recopilación de datos incluyen: (1) dificultad para el seguimiento de clientes una vez que salen del entorno del tratamiento; (2) usar personal de tratamiento para recoger datos de seguimiento cuando su función principal es proporcionar servicios de dependencia química; y (3) depender en entrevistas personales y otros protocolos que requieren mucho tiempo y que son costosos, que requieren capacitación extensa del personal, y que pueden resultar en el desvío o pérdida de datos debido a la complejidad del seguimiento.

Narconon ha desarrollado un proceso eficiente de Seguimiento Rutinario de Resultados que se efectúa por teléfono y que se realiza dentro del ámbito de un centro de atención continua. Empleando una corta encuesta de resultados, el programa es lo suficientemente sencillo para incorporarse dentro de las rutinas del personal y una instalación pequeña y tiene la ventaja de que puede ser ejecutado por personas que no han sido entrenadas en métodos de investigación. El procedimiento permite que el programa obtenga retroalimentación rápida y así localice y trabaje con clientes que se han encontrado con dificultades después de salir del programa, y al mismo tiempo, permite que se obtengan datos que son útiles para el seguimiento de la eficacia general del programa de rehabilitación, permitiendo de este modo a los administradores de programas realizar ajustes que puedan ser necesarios para aumentar la eficacia del programa.

El propósito de este estudio era el de evaluar la eficacia de un sistema de Seguimiento Rutinario de Resultados (ROM) tras el tratamiento como una herramienta para medir y mejorar los resultados de los servicios de rehabilitación de drogadicción. Con este fin, Narconon Internacional y Psychometric Technologies Incorporated (Tecnologías Psicométricas Constituidas) desarrollaron una metodología con base científica para obtener datos de seguimiento útiles, y aplicaron esto en conjunto con la inscripción, gestión de casos y los sistemas de seguimiento del cliente que ya estaban vigentes en Narconon. Al principio se desarrolló un cuestionario de 10 puntos, pero esto se amplió durante el transcurso del estudio basado en las recomendaciones del personal de gestión de caso y del personal de atención posterior al alta. Al final se concretó una encuesta que consta de seis puntos dirigidos a autoinformar sobre las drogas y el consumo de alcohol en los últimos 30 días, dos puntos dirigidos al consumo general de drogas después de haber terminado el tratamiento, cinco puntos dirigidos a la calidad de vida en los últimos 30 días, y otras cuantas preguntas que sirven para evaluar el éxito del individuo en reintegrarse a la comunidad.

Para propósitos de desarrollo y evaluación de esta herramienta y la metodología ROM, este proyecto se limitó a aquellas personas que habían completado el programa Narconon completo (llamados "graduados"). El personal de Narconon recopiló una lista de personas que habían completado el programa durante el período de 2004-2007.

Los especialistas de atención posterior al alta realizaron entonces las encuestas ROM por teléfono. Además de las encuestas telefónicas a los graduados, se realizaron al comienzo encuestas a parientes cercanos de los graduados a fin de evaluar si los datos del graduado eran fiables. Una vez que se constató que había una alta correlación estadística entre los datos de los graduados y de sus parientes más cercanos, se realizaron encuestas con sus familiares para obtener datos cuando, después de tres intentos, era imposible comunicarse con los graduados directamente.

Se aplicó el anonimato a los datos obtenidos de acuerdo con las normas federales y locales de confidencialidad y se proporcionaron a Psychometric Technologies Incorporated para su análisis.

Se obtuvieron datos de 323 de los 419 sujetos que regresaron a su comunidad, dejando un 22,9% con datos faltantes. El primer punto de muestreo tuvo una tasa de seguimiento inadecuada. Mediante la revisión de las acciones exitosas de otros investigadores en este campo se hicieron mejoras de la siguiente manera: (1) Se entrenó al personal a usar un formulario sencillo de registración para recoger información múltiple para contactar al cliente (teléfono y correo electrónico), así como información múltiple para contactar parientes (teléfono y dirección). (2) Todo dato de contacto se verificó y actualizó al momento de dar alta y, (3) se adoptó una hoja de verificación para organizar cada paso del proceso de seguimiento. Como resultado de estas mejoras, el contacto de clientes tras el tratamiento mejoró continuamente a más del 80 por ciento.

Los datos de los graduados y sus familiares (fuentes colaterales) se analizaron estadísticamente y se encontró que coincidían muchísimo. A partir de esto se estableció la validez de la evaluación del auto-informe que se usó en el planteamiento de ROM. Del conjunto total de datos, el 72,1% de los datos que se utilizaron fueron proporcionados por los mismos graduados.

Los datos se analizaron para determinar el grado en que los problemas de drogadicción reincidían entre los graduados del programa Narconon. Se obtuvieron los siguientes resultados cuando al preguntarle a los graduados (o familiares) sobre su consumo de drogas en los 30 días precedentes a la entrevista cuando se les hizo la encuesta:

Tabla 5. La reincidencia de problemas relacionados con las drogas.

El consumo de drogas y problemas	Los problemas de drogas en el seguimiento			
	Graduado (N.º = 238)		Pariente (N.º = 94)	
	Ninguno	1+ días	Ninguno	1+ días
1. 30 días: alguna cantidad de alcohol	180 (76)	58 (24)	62 (66)	32 (34)
2. 30 días: alcohol hasta el punto de intoxicación	216 (91)	22 (09)	85 (90)	9 (10)
3. 30 días: cocaína	228 (96)	10 (05)	79 (85)	14 (15)
4. 30 días: marihuana/hachís	224 (94)	14 (06)	89 (96)	4 (04)
5. 30 días: heroína	233 (98)	5 (02)	83 (89)	10 (11)
6. 30 días: otras drogas ilegales	230 (97)	8 (03)	80 (86)	13 (14)
7. Desde que se graduó: alcohol hasta la intoxicación	165 (69)	73 (31)	52 (56)	41 (44)
8. Desde su graduación: otras drogas ilegales usadas	173 (73)	65 (27)	53 (57)	40 (43)
9. 30 días: ser detenido por delitos relacionados con las drogas	228 (96)	19 (04)	85 (91)	8 (09)
10. 30 días: pasar la noche en la cárcel	231 (97)	7 (03)	82 (88)	11 (12)
11. 30 días: estar estresado debido al uso de drogas	119 (90)	14 (11)	43 (80)	11 (20)
12. 30 días: actividades importantes reducidas o abandonadas	128 (96)	5 (04)	42 (78)	12 (22)
13. 30 días: problemas emocionales experimentados	120 (90)	13 (10)	39 (74)	14 (26)

Nota: Los números entre paréntesis son porcentajes de respuestas válidas

De particular interés es la capacidad de estudiar la frecuencia de uso de drogas y alcohol de los ex participantes del programa en periodos de 30 días, con el fin de establecer la eficacia de los procedimientos del programa. En este caso, como se muestra en la Tabla 5, anterior, los datos mostraron:

Ningún uso de cocaína	92%
Ningún uso de marihuana/hachís	94%
Ningún uso de heroína	95%
Ningún uso de otras drogas	93%
Ningún uso de alcohol hasta el punto de intoxicación	90%
Ningún uso de alcohol	76%

Uno de los propósitos adicionales para instituir el procedimiento ROM era determinar su viabilidad para darle seguimiento a los graduados del programa con el fin de poder ayudarles en caso que se cruzaran con más dificultades con el uso de drogas o alcohol. Con este fin, se incluyó una pregunta para determinar si la persona necesitaba servicios de rehabilitación desde su graduación del programa. Se encontró que sólo el 12% de los que completaron el programa expresaron necesidad de más servicios de rehabilitación.

Este informe demuestra la viabilidad de un sistema de Seguimiento Rutinario de Resultados (ROM) para su uso en centros de rehabilitación de drogadictos. La gestión de recuperación a base de vía telefónica puede abordar varios factores, incluyendo:

- (1) Estabilizar y mantener la recuperación adhiriéndose a una filosofía de atención individualizada;
- (2) Cualquier estigma asociado con regresar a un centro de rehabilitación después de completar el tratamiento;
- (3) Comunicarse con clientes que viven lejos del centro de rehabilitación; y,
- (4) Personal potencial y absorción de gastos

Los datos obtenidos mediante el sistema ROM parecen adecuados para el cumplimiento de exigencias de informes por parte de agencias de financiación o acreditación. Con la excepción del primer punto de seguimiento, este proyecto produjo uniformemente un muestreo representativo superior al 80 por ciento, y requería de muy poco entrenamiento de personal. Verificación colateral al principio del proyecto sugirió influencias mínimas por parte de “testimonios de agradecimiento” (en casos que el cliente no quisiera herir los sentimientos del asesor al proporcionar una falta de éxito en el programa), posiblemente debido al uso de personal externo al tratamiento para efectuar el seguimiento.

Este proyecto se llevó a cabo a petición de un programa que desea mejorar continuamente los resultados del tratamiento, incluyendo aquellos que no son los esperados. Involucrar al personal del programa de tratamiento en el proceso de seguimiento de sus propios resultados y la incorporación de los datos obtenidos en las decisiones de gestión probablemente conducirá a una mayor responsabilidad de mejorar los resultados del tratamiento. Los cálculos de la efectividad del tratamiento para fines tales como las decisiones de financiación de terceros, podrían reforzarse mediante la inclusión de un 10% de verificación de muestreo aleatorio por un ROM independiente trabajando a base de vía telefónica.

Este proyecto se concentró sólo en aquellos clientes que completaron el programa. La tasa de seguimiento, y sobre todo los datos de resultados, se pueden generalizar sólo para aquellos que completen el curso

completo de atención. Futuros proyectos para evolucionar este sistema ROM deberían explorar lo práctico de incorporar todas las clasificaciones bajo las cuales alguien dejó el programa. Para propósitos de control de calidad y con fines de mejorar el programa, es importante obtener datos de personas que abandonan el programa sin completarlo.

Un tratamiento de calidad debe ser eficaz para cambiar conducta relacionada con la drogadicción después de que el paciente termine el tratamiento. El objetivo principal de cualquier sistema ROM es proporcionar un seguimiento permanente de datos de resultados a largo plazo con los que evaluar cualesquier cambios en los resultados del tratamiento que podrían reflejar cambios en la calidad o desviaciones de la terapia.

Una versión completa en pdf de este estudio está disponible para descarga en:  
<http://www.la-press.com/a-simplified-method-for-routine-outcome-monitoring-after-drug-abuse-tr-article-a3885>

## REFERENCIAS:

1. Glasner-Edwards S, Rawson R. Prácticas basadas en la evidencia en el tratamiento de la adicción: revisión y recomendaciones para la política pública. *Políticas de salud*. Octubre de 2010; 97(2-3):93-104.
2. Rosa C, Ghitza U, Tai B. Selección y utilización de instrumentos de evaluación en los ensayos de tratamiento de drogadicción: la experiencia de la Red Nacional de Ensayos Clínicos de Tratamiento de Drogadicción. *Drogadicción y rehabilitación*. 17 de julio de 2012; 3(1):81-9.
3. 111º Congreso de los Estados Unidos de América. Ley de Modernización de GPRA (Government Performance and Results Act [Ley sobre el Rendimiento y los Resultados de la Administración]) de 2010. Washington D.C.; 2010 <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111hr2142enr/pdf/BILLS-111hr2142enr.pdf>. Consultado el 21 de julio de 2013.
4. Darby K, Kinney SC. GPRA y el desarrollo de medidas de rendimiento. *Diario del trabajo social basado en la evidencia*. Enero de 2010;7(1):5-14.
5. Centro de Rehabilitación para Drogadictos (CSAT) Herramientas de recopilación de datos: Servicios discrecionales. Disponible en: <https://www.samhsa-gpra.samhsa.gov/CSAT/System.aspx>. Consultado el 22 de julio de 2013.
6. McCorry F, Garnick DW, Bartlett J, Cotter F, Chalk M. Desarrollar medidas de rendimiento para servicios de tratamiento de alcoholismo y drogadicción en los planes de atención médica. Grupo Washington Circle. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement (El diario de la comisión mixta sobre mejora de la calidad)*. Noviembre de 2000;26(11):633-43.
7. Harrison PA, Asche SE. Seguimiento de resultados en Minnesota: implicaciones del tratamiento, limitaciones prácticas. *Diario de tratamiento de drogadicción*. Diciembre de 2001;21(4):173-83.
8. Soldz S, Panas L, Rodríguez-Howard M. La fiabilidad del Sistema de Información de Gestión de Drogadicción de Massachusetts. *J Clin Psychol*. Septiembre de 2002;58(9):1057-69.
9. Evans E, Hser YI. Prueba piloto de un sistema de seguimiento de resultados a nivel estatal: Resumen general del Proyecto de Resultados del Tratamiento de California (CALTOP). *Diario de drogas psicoactivas*. Mayo de 2004; Suplemento 2:109-14.
10. Departamento de Servicios Humanos de Minnesota. Manual de Usuario Web de Programas de Tratamiento de Dependencia Química DAANES. Departamento de Servicios Humanos de Minnesota, Unidad de Procesamiento de Datos DAANES, Evaluación de Resultados y la División de Mejora de la Calidad de Saint Paul, Minnesota, 2013. [http://www.dhs.state.mn.us/main/groups/business\\_partners/documents/pub/dhs16\\_152493.pdf](http://www.dhs.state.mn.us/main/groups/business_partners/documents/pub/dhs16_152493.pdf). Consultado el 21 de julio 2013.
11. Empresa. *Estrategia estatal de Minnesota para el control de drogas y crímenes violentos*. Empresa Editorial DIANE; 1995.

12. Chi FW, Parthasarathy S, Mertens JR, Weisner CM. Atención continua y resultados de consumo de drogas a largo plazo en la atención médica administrada: primeras evidencias de un modelo basado en la atención primaria. *Servicios psiquiátricos*. Octubre de 2011; 62 (10): 1194-200.
13. Wilkerson D, Migas N, Slaven T. Estándares e indicadores de rendimiento orientados a resultados para los programas de rehabilitación de dependencia de sustancias narcóticas. *Uso y abuso de drogas*. Octubre-diciembre 2000; 35 (12-14): 1679-703.
14. Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Drogas. Estudio de Servicios sobre Alcoholismo y Drogadicción (ADSS): El Sistema Nacional de Tratamiento en Abuso de drogas: Instalaciones, Clientes, Servicios y Dotación de Personal. Oficina de Estudios Aplicados. Rockville, MD, 2003. <http://www.samhsa.gov/data/ADSS/ADSSOrg.pdf>. Consultado el 21 de julio de 2013.
15. McKay JR, Van Horn DH, Oslin DW, et al. Un ensayo aleatorio de atención continua extendida mediante vía telefónica para la dependencia del alcohol: resultados de consumo de sustancias narcóticas dentro del tratamiento. *Diario de consultoría y psicología clínica*. Diciembre de 2010; 78 (6): 912-23.
16. McKay JR, Lynch KG, Shepard DS, Pettinati HM. La eficacia de la atención continua por teléfono para la dependencia del alcohol y la cocaína: resultados de 24 meses. *Arch Gen Psychiatry*. Febrero de 2005; 62 (2): 199-207.
17. Godley MD, Godley SH, Dennis ML, Funk R, Passetti LL. Resultados preliminares del experimento en confianza en sí mismo de atención continua para adolescentes dados de alta del tratamiento residencial. *Diario de tratamiento de drogadicción*. Julio de 2002; 23 (1): 21-32.
18. Paredes A. El Programa de Rehabilitación de Drogadicción Narconon: Un resumen general descriptivo. [http://www.narconon.org/Narconon\\_program\\_overview\\_DrParedes.pdf](http://www.narconon.org/Narconon_program_overview_DrParedes.pdf). Consultado el 6 de agosto de 2013.
19. Schnare DW, Denk G, Shields M, Brunton S. Evaluación de un régimen de desintoxicación de xenobióticos almacenados en la grasa. *Hipótesis médica*. Septiembre de 1982; 9 (3): 265-82.
20. Cecchini M, LoPresti V. Residuos de drogas almacenadas en el cuerpo tras el abandono de su consumo: efectos en el equilibrio neuroendocrino y el comportamiento: uso del régimen de sauna Hubbard para eliminar toxinas y restaurar la salud. *Hipótesis médica*. 2007; 68(4): 868-79.
21. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, et al. La Quinta Edición del Índice de Severidad de la Adicción. *Diario de tratamiento de drogadicción*. 1992; 9(3): 199-213.
22. Moos RH, King MJ. Participación en el tratamiento residencial comunitario y resultados al momento del alta de los pacientes de drogadicción. *Diario de tratamiento de drogadicción*. Enero-febrero de 1997; 14 (1): 71-80.

23. Prendergast ML, Podus D, Chang E. Factores del programa y resultados del tratamiento en el tratamiento de la dependencia de drogas: un examen usando el metaanálisis. *Uso y abuso de drogas*. Octubre-diciembre de 2000; 35 (12 a 14): 1931-1965.
24. Moos RH. Procesos con base teórica que promueven la remisión de trastornos por consumo de sustancias narcóticas. *Clin Psychol Rev*. Junio de 2007; 27 (5): 537-51.
25. Weisz JR, Weiss B, Donenberg GR. El laboratorio frente a la clínica. Efectos de la psicoterapia en el niño y el adolescente. *El psicólogo estadounidense*. Diciembre de 1992; 47 (12): 1578-1585.
26. Centro de Rehabilitación para Drogadictos (CSAT). Resultados de Medidas de Programas Discrecionales para Clientes de CSAT GPRA. [http://www.samhsa.gov/Grantso6/downloads/CSAT\\_GPRA\\_ClientOutcome2006.pdf](http://www.samhsa.gov/Grantso6/downloads/CSAT_GPRA_ClientOutcome2006.pdf). Consultado el 6 de agosto de 2013.
27. McLellan AT, McKay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J. Reconsiderar la evaluación del tratamiento de la adicción: desde el seguimiento retrospectivo al seguimiento simultáneo de la recuperación. *Adicción*. Abril de 2005; 100 (4): 447-58.
28. Laudet AB, White W. ¿Cuáles son tus prioridades en este momento? Servicio de identificación de necesidades a través de las etapas de recuperación para informar al servicio de desarrollo. *Diario de tratamiento de drogadicción*. Enero de 2010; 38 (1): 51-9.
29. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Kron R. ¿Están los problemas "relacionados con la adicción" de toxicómanos realmente relacionados? *J Nerv Ment Dis*. Abril de 1981; 169 (4): 232-9.
30. McLellan AT, Cacciola JC, Alterman AI, Rikoon SH, Carise D. Índice de Severidad de la Adicción a los 25: orígenes, contribuciones y transiciones. *Diario americano sobre adicciones/Academia Americana de Psiquiatras en alcoholismo y adicciones*. Marzo-abril de 2006; 15 (2): 113-24.
31. Desmond DP, Maddux JF, Johnson TH, Confer BA. La obtención de entrevistas de seguimiento para la evaluación del tratamiento. *Diario de tratamiento de drogadicción*. Marzo-abril de 1995; 12 (2): 95-102.
32. Carroll ME, Anker JJ, Perry JL. Una descripción de los factores de riesgo por el consumo de nicotina y otras drogas en el laboratorio preclínico. *Dependencia de las drogas y el alcohol*. 1 de octubre de 2009; 104 Suppl 1: S70-8.
33. Gerstein DR, Green LW, editors. *La Prevención del Abuso de Drogas: ¿Qué Sabemos?* Washington, DC: Academia Nacional de Prensa, 1993.
34. Greenfield L, Burgdorf K, Chen X, Porowski A, Roberts T, Herrell J. Efectividad del tratamiento residencial a largo plazo para mujeres por abuso de drogas: descubrimientos de tres estudios nacionales. *Diario americano de abuso de drogas y alcohol*. Agosto de 2004; 30 (3): 537-50.

35. Oudejans SC, Schippers GM, Merckx MJ, Schramme MH, Koeter MW, van den Brink W. Viabilidad y validez de las entrevistas telefónicas de seguimiento de bajo presupuesto en el seguimiento de resultados rutinarios del tratamiento de abuso de drogas. *Adicción*. Julio de 2009; 104(7):1138-46.
36. Tiet QQ, Byrnes HF, Barnett P, Finney JW. Un sistema práctico para el seguimiento de los resultados de pacientes con trastornos por el uso de sustancias narcóticas. *Diario de tratamiento de drogadicción*. Junio de 2006; 30 (4): 337-347.
37. Stanford M, Banerjee K, Garner R. Asistencia crónica y tratamiento de las adicciones: un estudio de viabilidad sobre la aplicación del seguimiento continuo en la recuperación tras el tratamiento. *Diario de Drogas psicoactivas*. Septiembre de 2010; Suppl 6: 295-302.
38. Sociedad Americana para la Adicción de las Medicinas (ASAM). *Criterio de Asignación de Paciente de Medicina de la Sociedad Americana de Adicción para el Tratamiento de los Trastornos relacionados con Sustancias Narcóticas, Segunda edición revisada*. Segunda edición, edición revisada. Chevy Chase, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
39. Campbell DT. Reformas como experimentos. *Amer Psychol*. 1969; 24:409-29.

