



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**COMPETENCIAS PROFESIONALES EN LA IMPLEMENTACIÓN
DE ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE CONSUMO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

DULCE KAREN ORTÍZ GÓMEZ

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. VIOLETA FÉLIX ROMERO

REVISORA: DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES

SINODALES: MTRA. LAURA AMADA HERNÁNDEZ TREJO

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

MTRA. VERÓNICA RUÍZ GONZÁLEZ

Ciudad Universitaria, CD. MX., 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mi universidad, infinitas gracias porque dentro de los recintos de esta gran casa de estudio crecí como profesional pero también como persona. Aprendí la psicología de grandes profesionales y más aún de sus personas, dentro de estas paredes conocí a muchos de mis más grandes amigos, UNAM me diste tanto para ser una profesional de calidad. Gracias por todo.

A mi equipo de investigación gracias por el apoyo, los consejos, los seminarios, gracias a ustedes mi tesis fue tomando un mejor rumbo, sus observaciones fueron indispensables y sumamente valiosas. Gracias chicas por la enorme paciencia y el acompañamiento.

Gracias por cada momento compartido, sin saberlo forman parte de mis triunfos y me acompañan en los momentos duros, con su compañía la vida es mayormente hermosa, su música me da la fuerza necesaria, sus personas me motivan a dar lo mejor de mí y a seguir soñando alto, los amo a los 9. Su dulzura, amor, sueños, sus vidas son la vitamina en mi vida. Creo que no puedo expresar mi agradecimiento de mejor forma que esta, haciéndolos partícipes del logro profesional más grande en mi vida hasta este momento ¡Gracias EXO, We Are One, Saranghaja!

Mamá, me has acompañado en cada momento de mi vida, has estado en cada momento importante, en los mejores momentos y en los de dificultad, me has mostrado más amor, gracias por tu inmenso amor y tu comprensión, gracias por enseñarme a ser bondadosa y comprensiva seré cada día una mejor persona y una gran profesional haciendo uso de las enseñanzas de vida que me has compartido. No puedo expresar en palabras cuán agradecida estoy contigo. Te amo mucho mami.

Tía, cada enseñanza que me has dado me ha servido para entender mejor este viaje llamado vida, gracias por formar parte de mi vida y por mostrarme tu inmenso amor a través de tus sabios consejos y dulces palabras. Te amo mucho.

A mis hermanos, mis compañeros de vida. Crezcamos cada vez más dejemos que la vida y nuestros seres queridos nos enseñen de sus historias y tomemos lo mejor de ellas, gracias por compartir juegos, bromas, amor. Paco, especialmente gracias a ti por cada conversación, cada abrazo, las palabras que me dan fortaleza, te amo hermano ¡te amo mucho!

A mis amigos que haciéndome compañía en muchos aspectos de mi vida hacían mejores mis días, gracias por las bromas, las risas, los consejos, por cada uno de los recuerdos que hicimos juntos.

Angeles, Mariana, ya no sé en qué momento nos volvimos tan unidas pero agradezco con el corazón que haya ocurrido, la mejor compañía la encuentro en ustedes. Cada día con ustedes ha sido dulce, grato, hermoso, sean vuelto mis confidentes, mis compañeras de vida, mis hermanas, les doy infinitas gracias por cada consejo, palabra de aliento, apapacho, consuelo, cada broma, cada concierto... sepan que estoy para ustedes y que mi mayor deseo es tener su amistad el resto de mi vida, hasta viejitas. Las amo mucho

Loey, desde hace unos meses formas parte de mi vida, eres la peluda motivación en mi vida, te amo gordito peludo, eres el mejor gato.

Shirel, Axel, los amo pequeños, son los mejores sobrinos en la vida, su ternura me llena de alegría.

Mis mutuals, sus palabras de fortaleza me permitieron seguir motivada, ¡muchas gracias!

La vida con cada uno de ustedes es sumamente placentera y maravillosa, gracias a cada uno.

Índice

1.	Índice de figuras	2
2.	Resumen	3
3.	Introducción.....	4
4.	Marco teórico.....	6
4.1	Intervención breve en el consumo de sustancias	6
4.2	Análisis Funcional de la Conducta.....	13
4.3	Entrenamiento de profesionales de la salud.....	22
4.4	Evaluación de competencias profesionales de la salud en el ámbito de las adicciones.....	24
5.	Método	40
5.1	Fase 1: Desarrollo y estandarización de una situación simulada como estrategia de evaluación	40
5.1.1	Justificación.....	40
5.1.2	Objetivo	41
5.1.3	Tipo de estudio	41
5.1.4	Participantes	41
5.1.5	Instrumentos	41
5.1.6	Procedimiento.....	43
5.2	Fase 2: Entrenamiento y evaluación de competencias profesionales	48
5.2.1	Justificación.....	48
5.2.2	Pregunta de investigación.....	49
5.2.3	Objetivo	49
5.2.4	Hipótesis.....	49
5.2.5	Tipo de estudio	50
5.2.6	Variables	50
5.2.7	Participantes	50
5.2.8	Instrumentos	50
5.2.9	Procedimiento.....	53
6.	Resultados	46
6.1	Fase 1: Desarrollo y estandarización de una situación simulada como estrategia de evaluación.....	46
6.2	Fase 2: Entrenamiento y evaluación de competencias profesionales	54
7.	Discusión	78
8.	Conclusiones	91
9.	Referencias	93
10.	Anexos	100

Índice de figuras

Figura 1. Porcentaje promedio de ejecución de la situación simulada por confederado	46
Figura 2. Porcentaje de adherencia al guión de situación simulada por confederado	47
Figura 3. Nivel de implementación de análisis funcional de la conducta de consumo de los ocho terapeutas durante su entrenamiento.....	57
Figura 4. Nivel de implementación de programación de la conducta alternativa de los ocho terapeutas durante su entrenamiento.....	60
Figura 5. Nivel de implementación competencias generales de los ocho terapeutas durante su entrenamiento.....	62
Figura 6. Nivel de implementación de la habilidad “Indaga” de los ocho terapeutas durante su entrenamiento.....	64
Figura 7. Nivel de implementación de la habilidad “Dialoga” de los ocho terapeutas durante su entrenamiento.....	66
Figura 8. Nivel de implementación de la habilidad “Establece metas” de los ocho terapeutas durante su entrenamiento.....	68
Figura 9. Nivel de implementación de la habilidad "Acompaña” de los ocho terapeutas durante su entrenamiento.....	69
Figura 10. Nivel de implementación de la habilidad “Retroalimenta” de los ocho terapeutas durante su entrenamiento.....	71
Figura 11. Nivel de implementación de la habilidad “Seguimiento” de los ocho terapeutas durante su entrenamiento.....	73
Figura 12. Nivel de implementación de la actitud “Empatía” de los ocho terapeutas durante su entrenamiento.....	75
Figura 13. Nivel de implementación de la actitud “Comunicación” de los ocho terapeutas durante su entrenamiento.....	77

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo general evaluar los efectos de un entrenamiento en la adquisición de competencias para la implementación del análisis funcional de la conducta de consumo y programación de conducta alternativa. Esta investigación se divide en dos fases; la primera fase compete al desarrollo y estandarización de una situación simulada como estrategia de evaluación, y la segunda fase corresponde al entrenamiento y evaluación de las competencias profesionales de ocho terapeutas a lo largo de su entrenamiento. Los resultados obtenidos mediante instrumentos de observación directa mostraron en general, un incremento en el nivel de implementación en análisis funcional de la conducta de consumo y programación de conducta alternativa de cada uno de los terapeutas participantes, además de proporcionar información de las habilidades y actitudes que emplearon los terapeutas participantes en esta investigación.

Palabras clave: entrenamiento, evaluación de competencias, análisis funcional de la conducta, programación de conducta alternativa, situaciones simuladas, observación directa.

Abstract

The aim of this research is to evaluate the effects of a training in the acquisition of competences in the implementation of the functional analysis of the use behavior and programming of alternative behavior. This investigation is divided into two phases; the first phase concerns the development and standardization of a simulated situation as an evaluation strategy, and the second phase corresponds to the training and evaluation of the professional competencies of eight therapists throughout their training. The results obtained through direct observation instruments showed an increase of the level of implementation in functional analysis of the consumer behavior and alternative behavior programming of each of the participating therapists, as well as providing information on the skills and attitudes used by the therapists participating in this investigation.

Keywords: training, competence assessment, functional behavior analysis, alternative behavior programming, simulated situations, direct observation.

Introducción

Las adicciones son un problema que aqueja a la población mundial; en el mundo 275 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga ilegal en 2016, unos 31 millones de personas presentan comorbilidad con alguno o más trastornos psiquiátricos, más de 10 millones de esas personas son consumidores de drogas por inyección de las cuales 1 de cada 8 viven con VIH. En 2015 las muertes relacionadas al consumo de drogas a nivel mundial se estimaron en 450 mil, de estas muertes 167 mil se deben a sobredosis (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018).

En México, se observó que en los últimos años los adolescentes entre 12 y 17 años han incrementado el consumo de alcohol, de tal manera que el consumo de “alguna vez” pasó de 35.6% en el año 2002 a 42.9% en 2011, en el último año el consumo de “alguna vez” fue de 25.7% a 30.0% y en el último mes de 7.1% a 14.5% (Secretaría de Salud, 2017). Las drogas de mayor impacto en nuestro país de acuerdo al Sistema de Vigilancia de Epidemiológica de las Adicciones, son el alcohol con 39.5%, el cristal con 20.6% y la marihuana que alcanza el 16% (SISVEA, 2016).

En general el consumo de drogas tiene un fuerte impacto en la salud y en la sociedad, pues aumenta los costos de atención a la salud al aumentarse el riesgo de trastornos y de otras enfermedades, además incrementa el mal desempeño y abandono escolar, los costos económicos para el usuario y su familia son altos, así como el delito y la violencia (Organización de los Estados Americanos, 2015).

Dado lo anterior surge la necesidad de contar en la sociedad con profesionales capacitados en atender esta problemática de relevancia mundial. La formación de los profesionales en psicología es un pilar fundamental en la lucha contra este trastorno y otros trastornos; su importancia radica en la capacidad de utilizar todas las competencias profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes) en ámbitos referentes a la prevención, intervención y tratamiento.

La formación profesional adecuada tiene propósitos importantes en la labor clínica, como lo es brindar mejor servicio ético y profesional a quien lo requiera, con la intención de dirigir una intervención o un tratamiento adecuado a las necesidades de un usuario.

El presente trabajo plantea entonces la evaluación de competencias de los profesionales de la salud en dos procedimientos pertenecientes a la implementación de las intervenciones en adicciones: el análisis funcional de la conducta de consumo y la programación de conductas alternativas, a través de la observación directa de la conducta del terapeuta, empleando situaciones simuladas. Evaluar las competencias de los terapeutas es importante pues permite brindar una mejor y ética atención psicológica. La correcta aplicación de las intervenciones psicológicas da paso a que los tratamientos muestren evidencia de su eficacia al aumentar las probabilidades de las personas de alcanzar sus metas, y al aplicar correctamente las intervenciones y mostrar que cumplen su propósito se diseminan de mejor manera los tratamientos psicológicos basados en evidencia.

La evaluación de competencias profesionales no sólo permite la optimización de los servicios psicológicos sino también posibilita mayores oportunidades para la revisión de programas educativos, métodos de enseñanza y de evaluación, además motiva, de ser posible, a la supervisión de los procedimientos de intervenciones en psicología.

Marco Teórico

Intervención breve en el consumo de sustancias

El consumo de sustancias psicoactivas provoca problemas de gran importancia (de salud, económicos, familiares, legales, laborales o escolares) para el usuario, estos problemas deben abordarse de manera integrada y coordinada con los sistemas de atención de salud. Los usuarios de sustancias requieren atención apropiada de acuerdo a características personales y propias del consumo como el tipo de sustancias, patrón de consumo, condiciones físicas, psicológicas y sociales, previas y asociadas con el consumo, la existencia de comorbilidad con otros trastornos mentales o condiciones cárnicas que afecten su salud (Organización de los Estados Americanos, 2013).

Aunado a lo anterior, las intervenciones utilizadas deben garantizar que los modelos aplicados sean eficaces y efectivos. Es por ello que las intervenciones implementadas para abordar el consumo de sustancias deben demostrar que cumplen su propósito sobre la conducta de consumo (abstinencia o reducción).

Las intervenciones cognitivos-conductuales fueron desarrolladas a partir de teorías y principios del comportamiento humano, en principio se utilizaron como un método de prevención de las recaídas en el tratamiento de usuarios de alcohol, posteriormente fueron adaptados en usuarios de cocaína, y en la actualidad son usados para tratar también el consumo de otras drogas (National Institute on Drug Abuse, 2010).

El modelo cognitivo conductual considera que la conducta de consumo es una conducta aprendida relacionada con patrones desadaptativos (Ayala, 1998). En las intervenciones cognitivo conductuales se aprende una serie de estrategias para mejorar el autocontrol explorando consecuencias negativas y positivas del consumo, entrenando a las personas en el automonitoreo y reconociendo las situaciones de alto riesgo que llevan a la conducta de consumo, de tal forma que en la intervención se generen estrategias de afrontamiento eficaces para las situaciones de riesgo y de deseo de consumo (National Institute on Drug Abuse, 2010).

Las intervenciones cognitivo conductuales también han demostrado resultados efectivos en trastornos de ansiedad, depresión, estrés postraumático, trastornos alimenticios, entre otros (Organización Mundial de la Salud, 2013) y en el caso de las adicciones su función mejora cuando son intervenciones personalizadas, su duración depende entonces del patrón de consumo y de las características personales del usuario, así como los problemas que el consumo ha desarrollado en diversas áreas de su vida (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2010)

Las intervenciones breves son limitadas en el tiempo de duración siempre inferior a la de un tratamiento específico, que incluye una evaluación global, un asesoramiento breve, y seguimiento y suelen implementarse principalmente por psicólogos, médicos, enfermeras o trabajadores sociales (Rodríguez-Martos, 2002).

Existe evidencia de la efectividad que tienen las intervenciones breves en el campo de las adicciones, se ha comparado la efectividad de las intervenciones breves cognitivo conductuales con otros tipos de intervenciones o de enfoques (Rojas, Real, García & Medina, 2011); también se han realizado estudios que evalúan el éxito de las intervenciones breves en el desarrollo de habilidades para evitar el consumo y al cumplir metas de abstinencia y de reducción (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1995; Barragán, Flores, Medina-Mora & Ayala, 2007; Flores, Ramírez, Hernández, Méndez & Sansories-Martínez, 2009)

Rojas, et al., (2011) hicieron una revisión sistemática de 220 publicaciones de los tratamientos en adicciones más utilizados en México, encontraron que sólo el 11.8% de las 220 publicaciones de los tratamientos correspondía a ensayos clínicos para evaluar el impacto de las diferentes intervenciones.

Estos autores reportaron como los tratamientos mayormente usados fueron la terapia cognitivo conductual breve, seguido por su combinación con terapia de reemplazo nicotina ([TRN] y bupropión); la terapia farmacológica y psicoterapia individual o grupal; terapia breve motivacional; el tratamiento de «La familia enseñante»; psicoterapia individual o familiar; Terapia Centrada en Soluciones Gestada en la Epistemología Sistémica y, el Modelo de prevención de recaídas propuesto por Marlatt y Gordon en 1985. El 50% de los

tratamientos evaluaban la abstinencia, y en el 34.6% de las publicaciones la disminución del patrón de consumo en frecuencia y cantidad (Rojas, et al., 2011).

En un estudio realizado por Ayala, et al., (1995) se aplicó una intervención cognitivo conductual en 108 individuos con problemas de consumo de alcohol. La intervención consistió en una evaluación inicial más cuatro sesiones, retroalimentación de los avances y reestructuración de la meta de consumo. La elección de meta de consumo fue la siguiente: el 81% de los participantes eligió reducción y 19% abstinencia como primer meta establecida, en el restablecimiento de metas 83% estableció reducción y el 17% restante abstinencia.

Los usuarios reportaron un promedio de consumo de 10.26 copas por ocasión durante los últimos 12 meses antes del tratamiento, durante el tratamiento se redujo a 2.74 copas en promedio; 12 meses antes del tratamiento los usuarios presentaron consumo excesivo (más de 10 copas estándar) en 8.4% de los días de consumo, este porcentaje decreció a 2.9% de los días de consumo excesivo durante el tratamiento. Finalmente se comparó la fase de pre-tratamiento, el seguimiento a los 6 meses y a los 12 meses posteriores al tratamiento, los resultados se midieron en porcentaje de días por mes de abstinencia, en el pre-tratamiento el 73% presentó abstinencia, durante el tratamiento 72.5 %, a los 6 meses aumentó al 84% de días por mes, ya los 12 meses hubo un 82% de abstinencia por mes.

En otro estudio, Barragán et al. (2007) aplicaron un modelo cognitivo conductual “Modelo integral de satisfacción cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas”, a 20 usuarios de drogas en 2 momentos: el primero cuando los usuarios de dependencia a sustancias adictivas tenían consumo y el segundo momento cuando los usuarios se orientaron hacia la abstinencia. Los investigadores encontraron que el consumo dependiente correlacionó significativamente con la percepción de tener poca seguridad para no consumir en situaciones de riesgo, consumir ante diversidad de eventos condicionados al consumo, tener poca satisfacción con el funcionamiento o ejecución realizada en diversas áreas de su vida cotidiana y tener un nivel elevado de ansiedad.

Al orientar a estos usuarios hacia la abstinencia con ayuda del “Modelo integral de satisfacción cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas”, 18 de los 20 usuarios disminuyeron significativamente su cantidad y frecuencia de consumo. La abstinencia incrementó el nivel de satisfacción del usuario respecto al funcionamiento en diferentes áreas de su vida diaria, en su percepción de seguridad para resistirse al consumo; disminuyeron los estímulos que les ocasionaron consumo, y los niveles de ansiedad y depresión se redujeron respecto a la cantidad de consumo.

En otro estudio realizado por Flores et al., (2009), se aplicó un programa cognitivo conductual de 10 sesiones para dejar de fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) los participantes fueron 88 personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) 167 sin EPOC; por cada usuario con diagnóstico de EPOC en forma aleatoria también se escogieron dos participantes sin EPOC.

El éxito del tratamiento se midió con el número de usuarios que dejaron de fumar, para lo cual se dividió a los participantes en tres grupos: un grupo fue evaluado a los 6 meses, otro a los 12 meses y el tercer grupo a los 24 meses, a todos se les encuestó vía telefónica. Se definió como éxito a quienes se mantuvieron en abstinencia hasta el momento de la llamada (término del programa) y se consideró recaída si los usuarios comentaban haber fumado tabaco una semana previa a la llamada.

Los resultados mostraron que el 48% de los participantes con EPOC tuvieron éxito en la meta de abstinencia y los participantes sin EPOC 68% de éxito. La efectividad del programa, de acuerdo con los autores, a los 6 meses fue de 51.4%, a los 12 meses de 36% y de 27.8% a los 24 meses; el éxito del programa a los 6 meses de personas con EPOC fue de 56% y de los usuarios sin EPOC fue del 49%, en consumo de tabaco para el grupo de seguimiento de 12 meses disminuyó a 30% en el grupo de EPOC y a 39% en el caso del grupo sin EPOC, y a los 2 años el éxito se redujo a 22% con EPOC y 30% sin EPOC.

Dados los ejemplos de evidencia anterior, es posible considerar que las intervenciones cognitivo-conductuales son una forma efectiva de hacer frente al consumo de sustancias. Dichas intervenciones, se conforman de acciones simples y breves, pero muy

ordenadas, estructuradas y sistematizadas, que permiten ayudar a personas consumidoras de drogas a promover la abstinencia o reducción del consumo.

La intervención breve es una intervención con corta duración, incluye una evaluación global, asesoramiento breve, y seguimiento. Su objetivo es promover una estrategia sencilla y barata, un cambio de la conducta de un problema identificado haciendo uso de los recursos propios de un usuario (Rodríguez-Martos, 2002).

Las intervenciones breves se caracterizan por poder adaptar procedimientos de manuales, estrategias y técnicas a las características personales de los usuarios, se pueden implementar distintos tipos de intervenciones, de acuerdo a las características y necesidades de una persona.

En las intervenciones breves en adicciones se encuentran tres tipos: consejo breve, intervención breve y tratamiento breve (Palafox, et al., 2017), la aplicación de alguno de los tipos de intervención dependerá de las necesidades de la persona. A continuación se describe cada uno de los tipos de intervención:

El consejo breve se puede realizar en una sola sesión (Martínez, Pedroza, Vacío, Jiménez & Salazar, 2008), en este tipo de estrategia se utilizan técnicas para brindar información sobre los efectos de las sustancias (corto y largo plazo), analizar los factores de riesgo y protección, y enseñar a las personas estrategias para modificar la conducta de consumo y se incrementa la disposición al cambio, el principal componente del consejo breve es la entrevista motivacional, la cual incluye estrategias como la escucha activa, retroalimentación a la persona sobre su consumo y apoyo en el establecimiento de metas claras y realistas (Palafox, et al., 2017).

El modelo implementado en consejo breve más común en México es el modelo IDEAS que consta de cinco pasos: 1) Indaga (se identifica el patrón de consumo, el nivel de abuso o dependencia, el consumo de una o más drogas); Dialoga (informa a la persona sobre su nivel de consumo y las consecuencias (positivas y negativas que ha tenido y puede tener debidas al consumo)); Establece metas (se establece una meta de reducción o abstinencia para evitar mayores problemas debido al consumo); Acompaña (se indaga el

nivel de satisfacción de la persona con la asesoría de consejo breve); y Seguimiento (detectar si ha habido cambios significativos en el consumo, de lo contrario referenciar a otro tipo de tratamiento (Palafox, et al, 2017).

El segundo nivel de atención es la intervención breve, que está mayormente dirigida para la atención a usuarios que inician un consumo problemático de drogas, su duración es de 10 sesiones o se realiza una evaluación más amplia del patrón del consumo y de los factores asociados, y se brinda mayor acompañamiento por parte del profesional de la salud a través de los seguimientos (Rodríguez-Martos, 2002).

Finalmente, el tratamiento breve consiste en reducir la dependencia a las sustancias psicoactivas y atenuar las consecuencias negativas del consumo en el área física y psicológica, mediante servicios como desintoxicación, terapia de sustitución y mantenimiento y/o terapias psicosociales (Palafox, et al., 2017).

Se busca lograr cambios en la conducta de consumo y en el mantenimiento de la abstinencia, pudiéndose combinar con otro tipo de terapias como la farmacológica. El tratamiento breve se vale también de la entrevista motivacional y de técnicas cognitivo conductuales. Su duración es mayor debido a que las características de consumo lo requieren así (Palafox, et al., 2017).

Dichas intervenciones se efectúan en parte con el fin de lograr una identificación temprana y una prevención y reducción de problemas graves del consumo de sustancias de manera eficiente, efectiva, práctica y segura (Martínez N., Medina-Mora M., Berenzon S., 2010; Rodríguez-Martos, 2002).

Entre las ventajas que existen de la implementación de intervenciones breves se identifica que son adaptables al usuario, flexibles por lo cual se enfoca en el uso de estrategias en la problemática del consumo y en las necesidades específicas del individuo, son de bajo costo, se pueden implementar en diferentes escenarios y modalidades, e incluso son compatibles con los fármacos (en un tratamiento multidisciplinario) y, además estas intervenciones se enfocan en la conducta meta de consumo y la reducción de problemas y daños asociados a éste.

Las intervenciones breves conforman la principal estrategia de atención en el consumo problemático de drogas, cuando los usuarios se encuentran en niveles de abuso temprano y de abuso. Tienen un programa estructurado en cada una de las sesiones y los contenidos de la sesión se vinculan al uso de la sustancia, en este tipo de intervenciones se monitorea constantemente la conducta de consumo a través de auto-registros y, en ocasiones, la medición de metabolitos en el organismo (antidoping), a lo largo de la intervención el usuario realiza tareas en casa, y el terapeuta realiza modelamiento y retroalimentación de las habilidades durante las sesiones. (Palafox, et al., 2017).

De acuerdo a la publicación de la Organización de los Estados Americanos (Palafox, et al, 2017), las intervenciones cognitivo-conductuales se estructuran de la siguiente manera:

Admisión/evaluación: En este componente, se evalúa la conducta de consumo, es decir, el patrón de consumo, se incluye el tipo de sustancia, cantidad, frecuencia, duración de la conducta, el nivel de dependencia, situaciones que precipitan el consumo, autoeficacia, disposición al cambio, redes de apoyo, entre otras.

Balance decisional y establecimiento de metas: En este componente, se realiza un balance de las ventajas y desventajas del consumo de sustancias y de la abstinencia con el objetivo de provocar en el usuario una disonancia cognitiva que lo lleve a considerar el cambio y aumente su motivación y compromiso al cambio de su conducta de consumo; además se establece una meta de cambio, esta meta es elegida por el usuario (reducción o abstinencia).

Situaciones de riesgo: por medio de la implementación de un análisis funcional de la conducta se identifican los disparadores internos y externos que ponen al usuario en riesgo para consumir alguna droga

Planes de acción: con ayuda del terapeuta el usuario identifica conductas alternativas para conformar los planes de acción (qué, cómo, cuándo, dónde, con quiénes). Las conductas alternativas deben ser actividades placenteras que compitan con su conducta de consumo.

Re-establecimiento de la meta: Mediante este componente se realiza una evaluación del cambio conductual y se consideran los cambios logrados durante el tratamiento; si son los esperados se puede dar el alta al usuario y realizar seguimiento; si los resultados no son los deseados se re-evalúa usando el análisis funcional para identificar nuevamente los disparadores de la conducta de consumo y re-establecer la meta.

Sesiones adicionales: Consiste en el entrenamiento de habilidades específicas, dependiendo de las características y necesidades del usuario se le prepara en habilidades sociales, cognitivas y de control de emociones; en el entrenamiento se le explican, modelan, ensayan y retroalimentan.

Seguimiento: Este componente implica una serie de estrategias para evaluar el mantenimiento del cambio, con el objetivo de lograr que el usuario sostenga su meta de consumo además de hacer uso de las habilidades que aprendió en la terapia se debe dar seguimiento; éste se realiza posterior al alta, generalmente al mes, a los tres meses, a los seis meses y a los doce meses.

Dentro de este tipo de estructura hay dos procedimientos fundamentales: el análisis funcional de la conducta y los planes de acción (conducta alternativa). Es por medio de la implementación del análisis funcional que se identifican los precipitadores de la conducta de consumo a partir de los cuales se puede realizar el control de estímulos e implementar estrategias en el manejo del craving, así mismo el análisis funcional permite conocer cuáles son las habilidades que se han desarrollado de acuerdo a las necesidades del usuario; al obtener esta información en el análisis funcional se pueden conocer las conductas alternativas que han de conformar un nuevo repertorio conductual y la formulación de planes de acción dirigidos a una meta de consumo.

Análisis Funcional de la Conducta de Consumo

Skinner utiliza el término análisis funcional como un principio metodológico por medio del cual se pueden establecer las regularidades en las relaciones entre los estímulos como variables independientes y las respuestas como variables dependientes (Plazas, 2006).

El término análisis funcional de la conducta es socorrido en el ámbito clínico de la psicología y como uno de los elementos centrales en las intervenciones breves. Particularmente, en el campo de las adicciones, el análisis funcional de la conducta de consumo, ha sido señalado como una parte central de la evaluación y diagnóstico en el análisis conductual aplicado y en la terapia del comportamiento (Ayala, 1991).

Este método de evaluación se utiliza en el campo clínico como el elemento estándar de la evaluación en investigación clínica (Iwata & Dozier, 2008), es de mucha utilidad en la formulación de casos clínicos porque permite integrar la información en juicios válidos y útiles, y entender e identificar los tipos de reforzadores que se encuentran disponibles y los diferentes tipos de contingencias para cambiar las conductas no deseadas, con el objetivo de implementar tratamientos efectivos que muestren resultados generalizables ((Hanley, Iwata & Mccord, 2003; Haynes, Gabino, Godoy, O´Brein & Kaholokula, 2013; Iwata & Dozier, 2008).

La evaluación mediante este método se centra en el presente, debido a que se focaliza en las componentes actuales del problema; es un método dinámico porque es necesario que se revise cada cierto tiempo; es ideográfico, pues se ajusta a las características individuales de una persona; es un heurístico, ya que proporciona un esquema de una conducta, es hipotético, porque las hipótesis que brindan explicaciones del comportamiento están dadas en términos de mayor probabilidad de ocurrencia más no de forma determinística.

Un efectivo análisis funcional de la conducta hace posible que los métodos terapéuticos se relacionen directamente con la información obtenida en la evaluación continua de la conducta del usuario y de los estímulos que controlan a esas conductas (González & Juárez, 2016), toda la información obtenida en el análisis funcional permite derivar los elementos posteriores de las intervenciones breves.

Particularmente en el consumo de sustancias, el propósito principal del análisis funcional es identificar los precipitadores de consumo de cada usuario para de esa forma identificar la cadena de eventos que desata la conducta de consumo. El siguiente propósito es identificar las consecuencias positivas y negativas de la misma conducta para visualizar

los resultados inmediatos agradables y los resultados desfavorables a largo plazo del consumo (Barragán, Flores, Hernández, Ramírez, Ramírez, & Pérez, 2014). Esta información facilita al profesional de la salud la aplicación de procedimientos personalizados a las necesidades del usuario.

La aplicación de un análisis funcional permite al profesional de la salud conocer diversos aspectos de la conducta de consumo de determinado individuo. Es muy importante que antes de la implementación de un análisis funcional se mencione al usuario el objetivo de su aplicación, es necesario comunicar al usuario que la implementación de análisis funcional permitirá que él mismo conozca el por qué de su conducta de consumo, las razones del consumo, determinar en qué situaciones se presenta el consumo, cuáles son las emociones, pensamientos y sensaciones físicas antes y después del consumo, qué pasa durante el consumo, se identifican además las consecuencias positivas y negativas del consumo.

El profesional debe conocer los 5 grandes elementos que conforman un análisis funcional de la conducta de consumo: precipitadores internos, precipitadores externos, la conducta, consecuencias positivas a corto plazo y consecuencias negativas a mediano y largo plazo.

Las conductas poseen antecedentes y consecuencias, es necesario que los profesionales de la salud sepan identificar estos elementos de la conducta de consumo en un análisis funcional para esclarecer e informar al usuario cuáles son sus precipitadores internos y externos. Una guía que permite conocer los elementos de un análisis funcional de la conducta es el Programa de Satisfactores Cotidianos (Barragán, et al., 2014).

Los precipitadores externos. Se refieren al ambiente, entre ellos podemos encontrar a las personas (con quiénes consume), lugares (dónde consume), algún momento específico (cuándo o en qué momentos consume).

Los precipitadores internos. Estos se refieren a aspectos personales del usuario, por ejemplo pensamientos (qué piensa antes de consumir), emociones (qué tipo de sensaciones experimenta antes del consumo) y sensaciones físicas (cómo se siente antes de consumir).

La conducta. Incluye referentes al periodo en el se consume, qué sustancia es la que el usuario consume, la cantidad, y cuánto tiempo dura el periodo total de consumo.

La aplicación de un análisis funcional en el campo de las adicciones no se centra únicamente en la conducta de consumo sino también analiza la conducta de no consumo, a este componente fundamental de este método de evaluación se le llama análisis funcional de la conducta de no consumo (Iwata & Dozier, 2008). Este elemento permite considerar las razones, motivos, habilidades, estrategias, redes de apoyo con las que cuenta el usuario para el no consumo. Debido a que la conducta de consumo es aprendida, en algunos periodos de la vida del usuario éste no consumía sustancias, y al transitar hacia el abuso o dependencia del consumo hizo uso de estrategias y habilidades para tener periodos de abstinencia. Se investigan entonces precipitadores externos e internos del no consumo y las consecuencias tanto negativas como positivas.

Otros aspectos que se indagan en un análisis funcional de la conducta son las consecuencias positivas y negativas.

Consecuencias positivas a corto plazo. Las ventajas que el usuario obtiene de su consumo: qué es lo que le gusta de consumir con quién lo hace, en el lugar dónde lo hace, de los momentos en los que consume, qué pensamientos y emociones placenteros obtiene mientras consume y cuáles son las emociones agradables que tiene al consumir.

Las consecuencias positivas se obtienen a corto plazo y son momentáneas, es común encontrar que este tipo de consecuencias mantienen el consumo de drogas pues brindan al usuario relajación, diversión, desinhibición, etc., sin embargo es importante mencionar que este tipo de consecuencias positivas se pueden tener con conductas distintas al consumo de drogas y sin las consecuencias negativas que el consumo conlleva (problemas familiares, legales, laborales o escolares, y de salud).

Consecuencias negativas a mediano y largo plazo. Se analizan las consecuencias negativas del consumo en cada una de las áreas de vida: social, salud física y emocional, legal, laboral, económica, o cualquier otra área que el usuario mencione que ha sido afectada a partir de su consumo.

En esta parte del análisis funcional es importante conocer cuáles son las respuestas condicionadas y las respuestas operantes, pues sobre éstas se enfoca el trabajo terapéutico. En las respuestas condicionadas se identifican secuencias estímulo-respuesta, las respuestas tanto condicionadas como incondicionadas a partir de los principios del condicionamiento clásico. Generalmente las respuestas condicionadas están relacionadas a las emociones o sensaciones fisiológicas.

En las respuestas operantes, se van a identificar las consecuencias de las respuestas operantes para así crear cadenas estímulo-respuesta-consecuente; estas respuestas suelen ser de tipo motor por lo cual son observables, o pensamientos (estrategias o procesos de pensamiento, como los rituales mentales, la rumiación o la preocupación) que se originan de forma premeditada en cierta medida. Se debe investigar qué consecuente mantiene una conducta, qué tipo de reforzadores existen (positivo o negativo), si existen castigos y de qué tipo (positivo y negativo), es importante buscar los estímulos discriminativos (ED) de esa cadena.

Con la información que el usuario proporciona y con la guía del terapeuta se comienzan a establecer las *cadena de consumo*, es decir, se identifican todos aquellos precipitadores que en conjunto llevan al usuario a una conducta de consumo. De la misma forma se enlazan los precipitadores que llevan a una cadena conductual de cambio.

El análisis funcional puede complementarse con datos que resultan de la aplicación de algunos instrumentos con el objetivo de obtener información del patrón de consumo del usuario, los precipitadores y la autoeficacia, puede evaluarse si existe alguna comorbilidad con algún trastorno mental haciendo uso de instrumentos confiables.

De la información obtenida por la aplicación del análisis funcional se pueden conocer las situaciones de riesgo, estas son situaciones que propician que una conducta ocurra, por ejemplo, en el caso de las adicciones, por medio de la aplicación efectiva de un análisis funcional, el terapeuta identifica los procesos de condicionamiento clásico y operante vinculados al consumo a partir de la repetición de esta conducta.

El objetivo de identificar las situaciones de riesgo es que el usuario conozca los estímulos internos (de la propia persona), por ejemplo, emociones, sensaciones y pensamientos y estímulos externos (del ambiente), como el lugar, la situación, la compañía y el día, que se asocian con su conducta de consumo, así como también saber las consecuencias que mantienen la conducta (Barragán et al., 2014).

La implementación de análisis funcional permite, a partir de él, la elaboración de planes de acción para enfrentar situaciones de riesgo. Es donde se han identificado las principales situaciones de riesgo para tener mayores probabilidades de cumplir la meta de reducción o suspensión, inicialmente el usuario identifica conductas y estrategias utilizadas que le han sido útiles para mantenerse sin consumo en algunas otras ocasiones; también es importante que identifique los estímulos precipitadores que le han ocasionado al consumir, así como las características y consecuencias de su conducta de consumo.

Para cada una de las situaciones de riesgo se lleva a cabo la planificación de estrategias y actividades diferentes al consumo, los planes deben ser altamente competitivos y placenteros para que existan mayores probabilidades de aplicarse y para que la conducta de consumo no se realice o el consumo sea menor al consumo de la línea base.

Los planes de acción son estrategias generadas por el usuario con la guía del terapeuta. Una vez que se identifican las variables que explican el consumo en el usuario por medio del análisis funcional, se establecen conductas alternativas al consumo con el propósito de ampliar el repertorio conductual de los individuos y así aumentar las probabilidades de obtener reforzamiento con actividades alternas que deriven en reducción o abstinencia del consumo.

La identificación de conductas alternativas al consumo se realiza identificando el contexto en el que se puede promover la ocurrencia de las nuevas conductas alternativas, esto se logra al determinar los estímulos internos (emociones, pensamientos y sensaciones físicas) y externos (lugar, personas, horas días y actividades), que pueden aumentar la probabilidad de ocurrencia de las conductas alternas (Palafox, et al., 2017).

En la planeación de las conductas alternativas y la programación del contexto, la guía del terapeuta es fundamental para poder planificar adecuadamente las actividades que se desvinculen al consumo y por ende favorezcan la reducción o abstinencia.

La programación correcta de conducta alternativa se vale de una amplia gama de componentes implementados de acuerdo a las necesidades y características del individuo detectadas en el análisis funcional. El Programa de Satisfactores Cotidianos (Barragán, et al., 2014) proporciona información de los diversos componentes de entrenamiento de conductas alternativas y de cómo implementar estos componentes.

De acuerdo al Programa de Satisfactores Cotidianos (2014), los usuarios con dependencia a drogas deben plantearse logros o metas en distintas áreas de su vida cotidiana que los motiven y den sentido a su vida.

La satisfacción en la vida es un elemento vital en la programación de conductas alternativas, dado que existe una fuerte relación entre el consumo de sustancias psicoactivas con la satisfacción en la vida por lo que es importante encontrar actividades que mantengan al usuario satisfecho y motivado para lograr su meta de consumo.

Se debe evaluar la satisfacción del usuario respecto a las conductas alternativas que se realizan mediante instrumentos, y listas de cotejo. El terapeuta deberá reforzar al usuario ante cualquier avance que éste tenga sin importar la magnitud.

En el establecimiento de las conductas alternativas se contempla el cómo el usuario evitará el consumo, con apoyo del terapeuta el usuario aprende estrategias de afrontamiento para evitar el consumo. Las estrategias involucran a precipitadores externos (por ejemplo, presión social) y precipitadores internos (como el síndrome de abstinencia). Entre algunas de las estrategias de rechazo para evitar el consumo está ofrecer justificaciones al no consumo, interrumpir la interacción de la situación y del evento, entre otros. Estas estrategias se modelan, moldean, refuerzan y retroalimentan por el profesional en cada ensayo conductual que el usuario realice.

El consumo de alcohol y drogas frecuentemente ocurre como una forma de enfrentar situaciones difíciles (Barragán, et al., 2014) como son los problemas familiares o de pareja,

en la escuela o trabajo, por lo cual es importante que los usuarios aprendan estrategias de solución de problemas para evitar recurrir al consumo de drogas.

Es fundamental enseñar al usuario a identificar las dificultades que presentan que forman parte de la cadena de consumo, para lo cual es necesario que una vez identificado el problema se generen soluciones tentativas y de cada una de estas se analicen las ventajas y desventajas, eligiendo la opción con el mínimo de desventajas y que más satisfecho haga sentir al usuario para emplearla en el escenario real.

El entrenamiento en habilidades de comunicación y habilidades sociales son componentes de mucha importancia. El terapeuta entrena al usuario en habilidades como iniciar conversaciones a partir de temas sencillos, hablar de sí mismo, escuchar y observar; el tono de voz que debe usar, cómo hacer preguntas, y cómo terminar una conversación. El terapeuta también entrena en escuchar a otras personas, en empatía, en asumir y compartir responsabilidades, y a ofrecer ayuda, entre otras actividades.

Otro componente importante en la programación de las conductas alternativas al consumo es el control de las emociones (Palafox, et al, 2017). Las emociones desagradables intensas forman un factor que se asocia a las recaídas. Se debe entrenar el control de emociones sobre tres emociones fundamentales: enojo, tristeza y ansiedad.

El Programa de Satisfactores Cotidianos (Barragán, et al., 2014) brinda una guía de cómo entrenar a las personas en el control de sus emociones (enojo, tristeza y ansiedad), a continuación se da una breve explicación del control de estas emociones.

El control del enojo conforma un aspecto importante que debe enseñarse para mantener la abstinencia al consumo, identificar su función, cómo ocurre y se intensifica permitirá conocer la precipitación de las conductas impulsivas que ocasionan consecuencias negativas. Las estrategias de las que se vale el usuario incluyen tiempo fuera, distracción del pensamiento, auto-instrucciones positivas.

La tristeza es otra emoción que al intensificarse precipita la conducta impulsiva y acarrea consecuencias negativas. La tristeza se genera a través de pensamientos “negativos”, parte de sentirse mal con uno mismo, del auto-reproche, del énfasis en los

defectos, etc. Las estrategias que permiten tener un control sobre la tristeza son el cambio de pensamientos conformado por una serie de pasos (pensamientos de tristeza por pensamientos positivos), realización de actividades agradables y búsqueda de lo positivo.

El siguiente control de emociones que debe aprenderse corresponde a la ansiedad. La ansiedad generada a partir de emociones negativas no controladas conlleva consecuencias negativas que pueden provocar que el usuario recurra al consumo y esto propicie que se sienta inseguro, incapaz, se auto-reproche, etc., para el control de ansiedad el terapeuta puede emplear técnicas de respiración profunda, relajación muscular progresiva o de tensión distensión, relajación mental o por imaginación.

El Programa de Satisfactores Cotidianos (Barragán, et al, 2014) se centra en el entrenamiento de conductas de reforzamiento recíproco en su habilidad de consejo marital para hacer peticiones positivas y resolver problemas mediante el establecimiento de acuerdos. Se enseña entonces, habilidades de control de enojo (tiempo fuera, distracción del pensamiento y autoinstrucciones positivas, se entrena también en conductas básicas que favorecen la comunicación y en habilidades de comunicación (iniciar una conversación, escuchar, expresar entendimiento, aceptar y compartir responsabilidades, ofrecer ayuda, hacer críticas, recibir críticas, dar reconocimiento, compartir sentimientos negativos y positivos, solicitar ayuda y expresar desacuerdos).

En el componente de mantenimiento y búsqueda de empleo se enseñan habilidades para conseguir o mantener un empleo satisfactorio sin precipitadores de consumo, mediante la identificación de habilidades profesionales, ocupaciones y personales (se explica el llenado de una solicitud de empleo, elaboración de un curriculum vitae y la identificación de 5 posibles opciones para conseguir empleo, se enseña a realizar llamadas telefónicas para solicitar ayuda de familiares y amigos, y concretar citas de empleo). Se enseña cómo enfrentar el rechazo y cómo mantener y mejorar el desempeño laboral.

En prevención de recaídas se enseña al usuario a prevenir el consumo de alcohol y/o drogas, identificando posibles situaciones de riesgo (por medio del análisis funcional) y haciendo planes de acción para prepararse a enfrentar con eficiencia y sin consumo

situaciones difíciles a futuro, para ello el usuario aprende a identificar las señales que anticipan una posible recaída.

No todos los usuarios necesitan entrenamiento en todas las habilidades que se incluyen en el manual de Programa de Satisfactores Cotidianos, éstas deben seleccionarse de acuerdo a las necesidades y características personales del usuario, esta información se obtiene a partir de la evaluación inicial en la detección de metas de tratamiento y derivado de la aplicación de un análisis funcional al identificar los problemas asociados al consumo en los que espera obtener una mejoría a partir del tratamiento recibido

Los resultados de varios estudios indican que estudiantes de pregrado, profesores y todos los participantes que se formen en este método de evaluación (análisis funcional) pueden adquirir habilidades para llevar a cabo sesiones de análisis funcional con un alto grado de consistencia después de un muy breve entrenamiento (Iwata et al., 2000; Moore et al., 2002; Wallace, Doney, Mintz-Resudek, & Tarbox, 2004).

La correcta implementación de las intervenciones breves, en cualquiera de sus modalidades, y por ende en los elementos que la conforman, necesita un adecuado entrenamiento tanto de sus conceptos teóricos como de las competencias necesarias para poder llevarse a cabo y muestren un resultado efectivo.

Entrenamiento de profesionales de la salud

Las competencias que los profesionales ponen en práctica son adquiridas mediante un método de entrenamiento o capacitación. Los métodos de entrenamiento deben ser rentables, actualizados, y hagan mayormente probable que los usuarios alcancen las metas establecidas en la intervención con el número de sesiones que él requiera (Fairburn & Cooper, 2011). En los métodos de entrenamiento se deben transmitir habilidades y conocimientos para proporcionar servicios de intervención adecuados y de bajo costo, que se valgan de tecnologías para diseminar las intervenciones y reducir la supervisión clínica, así como adaptarse al nivel de conocimiento del profesional (Herschell, Kolko, Baumann, & Davis, 2010).

En el entrenamiento de competencias en la implementación de terapeutas cognitivo conductuales se ha realizado mediante manuales de tratamiento, talleres de corta duración, seminarios didácticos, (Sholomskas, Syracuse-Siewert, Rounsaville, Ball, Nuro & Carroll, 2005), el entrenamiento en línea es una herramienta para la adquisición de competencias en intervenciones cognitivo conductuales (Sholomskas, et al., 2005; Dimeff, et al., 2009) e incluso este tipo de capacitación reemplazaría el taller de capacitación inicial y alteraría la forma de supervisión posterior del caso (Fairburn, et al., 2011).

Sholomskas, et al., (2005), realizaron un estudio en la eficacia de tres métodos de entrenamiento para implementar terapia cognitivo conductual (TCC), dividieron a sus participantes en tres grupos: 1) entrenamiento en línea interactivo (incluyó manual y enlaces de este), 2) exposición a un manual y 3) manual y seminario, videos de modelamiento, juego de roles con duración de una hora empleados por médicos expertos en TCC, y casos reales supervisados.

En la evaluación de competencias se emplearon las puntuaciones de adherencia en la condición de entrenamiento con sólo manual fueron menores comparándolas con las puntuaciones de entrenamiento en línea y entrenamiento con manual y seminario, las puntuaciones de adherencia incrementan en el post-entrenamiento y en el seguimiento para las condiciones de entrenamiento en línea y entrenamiento con seminario y supervisión. En las puntuaciones de habilidades se encontró que éstas fueron mejorando después del entrenamiento y en el seguimiento. Las puntuaciones en habilidades fueron mayores en el caso del entrenamiento online y el entrenamiento de seminario con supervisión que en el entrenamiento de sólo manual.

Un elemento que ha funcionado como ayuda en el entrenamiento de competencias para la aplicación del análisis funcional son especialmente los vídeos de conductas modeladas y de situaciones simuladas. En el entrenamiento de competencias puede ocurrir que el que se entrena en competencias esté dotado de habilidades en implementación de los análisis funcionales, por lo cual los guiones, los escenarios controlados, el juego de roles pueden ser fáciles de reproducir para mostrar la correcta secuencia de los eventos

antecedentes y consecuentes de una conducta mostrada en una videograbación o en una situación simulada (Iwata & Dozier, 2008).

Fairbun, et al., (2011) llaman a este método “Evaluación de juegos de roles estandarizados” o situaciones simuladas y requiere que las sesiones de tratamiento sean evaluadas utilizando un procedimiento estándar.

Evaluación de competencias profesionales en el ámbito de las adicciones

La palabra “competencia” es un concepto que abarca diversos elementos por lo cual es prudente definir qué es una competencia. Una competencia es un conjunto de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que posee una persona que le permiten realizar exitosamente una actividad (Feliú & Rodríguez, 1996).

Otra definición de competencia es la capacitación que tienen las personas preparadas para desempeñar determinados oficios; y como idoneidad hace referencia al calificativo de apto o no apto con respecto al desempeño en un puesto de trabajo (Ballesteros, González & Peña, 2010).

Las competencias se manifiestan en la actuación (son observables), es mediante la labor profesional donde se pueden observar conocimientos, habilidades, motivos, valores y sentimientos que conforman las conductas de las que hace uso un profesional en la búsqueda de soluciones a problemas de su campo profesional (González, 2002).

Las competencias constituyen comportamientos que se valen de conocimientos, experiencias, disposiciones, habilidades, actitudes y valores con el objetivo de resolver ciertas problemáticas, las competencias también son dinámicas y se adaptan al contexto en el que el ser humano se desarrolla (Alonso-Marín, 2010).

Además el profesional competente no sólo debe ser capaz de demostrar las habilidades necesarias sino también las actitudes apropiadas para la práctica de la profesión (European Certificate in Psychology, 2015).

La prevalencia e incidencia del consumo de drogas demanda a los estudiantes de psicología la preparación profesional para enfrentar este problema de salud. La formación

en el campo de las adicciones requiere que los estudiantes y profesionales conozcan los efectos de cada una de las sustancias psicoactivas (González, Fabelo, Naranjo, 2013), y cuenten con competencias para realizar un trabajo eficaz, mostrando resultados confiables de la labor psicológica en el campo de las adicciones.

Las intervenciones cognitivo conductuales han mostrado efectividad en el tratamiento de las adicciones, sin embargo que el tratamiento sea efectivo no depende únicamente de la evidencia de efectividad ya que otro factor de suma importancia en el éxito es la correcta implementación de la intervención por parte del terapeuta.

El profesional de la salud debe mostrar sus propias competencias para hacer frente al consumo de sustancias debido a que éstas constituyen un elemento importante (aunque no es el único) para que la meta establecida en la intervención se logre.

La European Certificate in Psychology (2015) identificó las competencias primarias del profesional en el campo de psicología en adicciones. El profesional debe realizar tareas de prevención, intervención y tratamiento bajo un enfoque que muestre efectividad en la aplicación de intervenciones breves en adicciones, hacer uso de métodos y técnicas basadas en teorías y métodos psicológicos, así como también hacer uso de investigación, realizar ensayos conductuales, modelamiento de procedimientos, evaluación individual y grupal mediante entrevistas, tests, observaciones y técnicas adecuadas (procedimientos que sean confiables y válidos), para determinar las características relevantes de los individuos, y situaciones bajo un marco profesional y ético.

El profesional en el campo de psicología en adicciones debe identificar, preparar y realizar intervenciones apropiadas para alcanzar los objetivos planteados utilizando los resultados de evaluación, es necesario que los profesionales apliquen intervenciones orientadas a las necesidades de las personas y propongan y negocien los objetivos con el cliente para que sean aceptables y realizables para promover la correcta aplicación de intervenciones y estrategias.

En relación a lo anterior es importante tener presentes cuáles son las competencias con las que el profesional de la salud debe contar al trabajar en el área de las adicciones.

Existe un modelo para el trabajo con personas con trastornos por uso de sustancias que brinda información de las competencias que los profesionales deben dominar para realizar su labor efectivamente. Este modelo es la Publicación de Asistencia Técnica número 21 (TAP, por sus siglas en inglés). El TAP 21 aborda las competencias que el profesional en adicciones debe de tener y por consiguiente utilizar en su labor diaria.

Este documento contiene competencias (CDAs) generales que se relacionan con los fundamentos interdisciplinarios (conjunto de competencias) compuestos por cuatro bloques de construcción: entender la adicción, conocimiento del tratamiento, aplicación a la práctica y preparación profesional; además contempla las necesidades prácticas profesionales específicas que necesitan los profesionales en adicciones.

La publicación de este documento estuvo a cargo de la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y de Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés) en el año de 1988 y el Centro de Tratamiento para Abuso de Sustancias (CSAT, por sus siglas en inglés) bajo el título de “Competencias para Consejería en Adicción: El Conocimiento, Destrezas y Actitudes de la Práctica Profesional”, en este se identifican 123 competencias que son esenciales para la práctica efectiva de los profesionales en relación al trabajo con trastornos por uso de sustancias psicoactivas. Este documento expone el tipo de conocimientos, las destrezas y las actitudes (CDAs) que necesitan los profesionales para volverse completamente eficientes en cada una de las competencias.

En el presente trabajo se abordarán las competencias profesionales que se requieren para la implementación de un análisis funcional de la conducta y la generación de planes de acción utilizando algunos elementos del TAP 21. Las disciplinas centradas en la adicción, se construyen sobre cuatro fundamentos comunes (conjunto de competencias): Entender la Adicción, Conocimiento del Tratamiento, Aplicación a la Práctica, Preparación Profesional (U.S. Department of Health and Human Services, 2006). Los fundamentos están compuestos por competencias que el Comité de Actualización delineó; a continuación se exponen los fundamentos.

El primer fundamento transdisciplinario compete a “entender la adicción”, hace referencia al conocimiento de modelos y teorías que buscan explicar el comportamiento

adictivo, así como también los problemas que se presentan con el uso de sustancias. Se aborda la capacidad de reconocer el contexto social, político, económico y cultural, en el que existe la adicción y el abuso de sustancias, incluyendo factores de riesgo y de protección que caracterizan a los individuos, grupos, y los ambientes en los que viven; así como la importancia de la descripción de los efectos conductuales, psicológicos, físicos y sociales del consumo de las sustancias en el usuario y sus personas significativas.

El fundamento dos está conformado por las competencias relacionadas con conocimientos sobre el tratamiento, las redes de apoyo, y las desventajas y ventajas presentes en la intervención. Los profesionales deben conocer los fundamentos teóricos y procedimientos, los modelos que más eficacia tienen para la adecuada prevención, intervención, prevención de recaídas, y otros problemas relacionados con el uso de sustancias, así como la importancia de un acercamiento interdisciplinario para la intervención en adicciones. Es pertinente que los profesionales reconozcan la importancia de las redes de apoyo en el proceso de recuperación, así como ventajas y obstáculos que pueden presentarse durante la intervención.

En el fundamento tres se abordan las competencias relacionadas con la aplicación a la práctica. La primera competencia se centra en describir los criterios de diagnóstico establecidos para los trastornos por consumo de sustancias, describir las modalidades de intervención, y los criterios de ubicación en el continuo de cuidado. También se describe una variedad de estrategias de ayuda para reducir los efectos negativos del consumo sustancias y la adaptación estas estrategias y modalidades de intervención de acuerdo a las necesidades del individuo. Es obligación del profesional proveer servicios de intervención apropiados de acuerdo a las necesidades del usuario y de sus características.

El fundamento multidisciplinario cuatro ubica las competencias relacionadas a la preparación profesional: entender la importancia de su propia conciencia en lo personal y en la vida profesional, y cultural. Los prejuicios y actitudes del profesional podrían generar resistencia en el usuario, y que afectar al trabajo terapéutico. Debido a lo anterior es indispensable comprender justamente que los prejuicios o actitudes forman parte de la cultura del profesional, pero quedan fuera en la labor terapéutica; el profesional debe tener

en cuenta las obligaciones éticas y de conducta en una relación de ayuda. La supervisión progresiva y la educación continua también son elementos necesarios en la práctica profesional adecuada, y también el profesional debe actualizarse en los modelos y teorías, para brindar un servicio de mayor efectividad y calidad a los usuarios.

Existe un modelo en la evaluación de competencias, este modelo fue propuesto por George Miller (1990), y se conoce cómo Pirámide de Miller, está conformado por cuatro niveles:

En la base de la pirámide, está el “saber”; el segundo nivel concierne al “saber cómo” se comprueba cómo se aplican los conocimientos a casos específicos como exámenes de respuestas largas se evalúa el razonamiento y la resolución de casos prácticos. En los niveles de “saber” y “saber cómo” la evaluación se hace mediante instrumentos tradicionales (pruebas generalmente de lápiz y papel), con ayuda de un docente. Se ven involucrados aspectos cognitivos como: memoria pensamiento, lenguaje.

En el tercer nivel de la pirámide, llamado “mostrar cómo” se aprecian las habilidades, destrezas y actitudes en un ambiente controlado, para evaluar se utilizan exámenes orales, juegos de roles o situaciones simuladas. Este trabajo se enfoca en esta tercer parte de la evaluación por competencias con situaciones simuladas.

El cuarto nivel de esta pirámide se nombra como “hacer”, el cual consiste en realizar comprobación de las competencias utilizando técnicas como la observación directa, muestras de trabajo clínico, incluso registros de vídeo en escenarios de sesiones de trabajo con el usuario.

En la evaluación de competencias del terapeuta existen pocos métodos que permiten conocer el nivel de competencias que los terapeutas poseen, para Fairburn y Cooper (2011) hay medidas directas de conocimiento y medidas sobre habilidades de implementación.

Las medidas directas de conocimiento se encuentran limitadas y están concentradas en la evaluación de conceptos o aspectos teóricos y procedimientos, es decir, este tipo de medidas incluye el saber qué hacer ante una situación y el saber qué no se debe hacer.

En el caso de las medidas sobre las habilidades de implementación se evalúa la capacidad de aplicar conocimientos a la práctica clínica, se usan tres métodos principales:

En el primer método la evaluación se realiza con base en los resultados del usuario por medio de altas y bajas (Fairbun & Cooper, 2011) o mediante la evolución del individuo que asiste a una intervención, es una forma fácil de evaluar competencias ya que se pueden utilizar pre y post-evaluaciones de intervención realizadas por evaluadores, aplicación de encuestas a los pacientes y los auto-informes (Okiishi, Lambert, Eggett, Nielsen & Dayton, 2006).

Okiishi, et al., (2006) analizaron la información de más de 5000 personas recabada a lo largo de 6 años que fueron atendidas por 71 terapeutas. El progreso de las personas participantes en este estudio fue medido mediante el Cuestionario Resultado (OQ-45), una medida de auto-informe de 45 ítems desarrollada específicamente para el propósito de seguimiento y evaluación de los resultados de personas en un entorno terapéutico. Los investigadores encontraron que el desempeño de los terapeutas, estaba relacionado con los avances (evolución) de las personas.

El segundo método es evaluación en las sesiones de tratamiento (uso de escalas, evaluación de algunas sesiones de intervención generalmente grabadas), el tercer método de evaluación es el de juegos de roles estandarizados (situaciones simuladas) como un medio para evaluar una capacitación.

Otra forma de evaluación de competencias es el uso de expedientes clínicos lo cuales contendrían descripciones narrativas escritas por el mismo terapeuta del proceso de intervención apoyado de los resultados de pruebas, instrumentos, baterías, aplicadas de forma regular (Sharpless & Barber, 2009).

La evaluación de competencias también puede realizarse mediante exámenes estandarizados, baterías que estén formuladas de tal forma que permitan evaluar con precisión juicios y comportamientos clínicos mediante la explicación de sus respuestas y el razonamiento detrás de sus decisiones clínicas particulares (Sharpless & Barber, 2009).

Otra forma en la que se han evaluado competencias es mediante centros de evaluación, en estos centros se aplican evaluaciones estandarizadas de comportamientos de aspectos específicos en una tarea y se evalúan por expertos; estas evaluaciones permiten conocer el desempeño individual del profesional (Sharpless & Barber, 2009).

La adquisición y/o mejoramiento de competencias profesionales necesita evaluarse aplicando métodos de evaluación estandarizados y válidos para hacerlos lo más generalizables posibles mostrando resultados confiables que permitan conocer qué tan competentes son los profesionales en la correcta aplicación de procedimientos de intervención en los usuarios. Un método de evaluación que además permite el entrenamiento de las competencias son las situaciones simuladas.

Se sabe bien que los profesionales que prestan sus servicios en el campo de las adicciones deben contar con competencias específicas en el área para realizar más eficientemente su labor profesional; estos profesionales identifican las exigencias del campo clínico y lo complejo que es no tener la capacitación y entrenamiento para hacer frente a las adicciones.

En un estudio con 24 estudiantes de psicología (González et al, 2012) de la Universidad de la Habana se describieron las necesidades de aprendizaje que los mismos estudiantes consideraban importantes para el correcto tratamiento de las adicciones. Los estudiantes consideraron que era importante capacitarse en la promoción de conductas alternativas al consumo, determinar factores potenciales de riesgo, orientar profesionalmente al usuario para enfrentar estas situaciones, y también el brindar ayuda profesional a los familiares, y realizar intervenciones psicoterapéuticas.

Los estudiantes consideraron indispensable tener información sobre modelos teóricos explicativos de las adicciones, sobre las consecuencias del consumo, los modelos psicoterapéuticos de intervención eficaces así como de la clasificación e información de las drogas. Los estudiantes identificaron los problemas que conllevan las adicciones, sin embargo no se sentían competentes en el área de las adicciones por no tener fuentes de datos más relevantes en esta área ni el conocimiento de los modelos teórico-prácticos específicos para el tratamiento de las adicciones.

González, et al., (2013) establecieron un modelo sobre las competencias que los profesionales necesitan en el campo de las adicciones. Dicho modelo contiene competencias que conciernen a la planificación de un tratamiento; impartir psico-educación al usuario, a la familia y a la comunidad; actualizarse en el tema y hacer investigación, realizar trabajo multidisciplinario y ético; consejería y evaluación clínica. Con estas competencias se espera que los profesionales que laboran en este campo realicen su trabajo de manera eficaz y responsable.

Una competencia indispensable en este ámbito concierne a la promoción de estilos de vida saludables hasta la rehabilitación. En la intervención en adicciones es importante saber integrar los conocimientos y las habilidades que le permitan al psicólogo modificar aspectos cognitivo-conductuales de los usuarios con abuso y dependencia de sustancias, así como poder prevenir factores de riesgo para el consumo de sustancias en la población general y disminuir aquellos que atañen a los consumidores de drogas.

Medir las competencias que los profesionales de la salud poseen al llevar a cabo una intervención de corte cognitivo-conductual, capacitar a los profesionales de la salud en este tipo de intervenciones y actualizar a aquellos que ya tienen el conocimiento de ellas, permite obtener mejores resultados en la intervención favoreciendo la adherencia terapéutica mediante la correcta aplicación de los principios básicos de la conducta adictiva, y en la reducción de este problema de salud por medio de técnicas y estrategias que le permitan al usuario culminar el tratamiento con éxito.

De lo anterior surge el interés por medir las competencias del profesional de la salud mediante situaciones simuladas haciendo uso de observación directa para obtener evidencia de las competencias en la ejecución por parte del profesional de la salud.

La observación es el elemento fundamental en esta investigación pues permite al investigador obtener más elementos de información para analizar brindándole fortaleza al estudio.

La observación es un método directo de conocimiento y en investigación se trata de una herramienta indispensable en la formación de investigadores y psicólogos debido a que

implica análisis y síntesis de la información obtenida. La observación se realiza por medio de la percepción y de la interpretación de lo percibido (Cerde, 1991).

Este método se compone de 5 elementos básicos (Cerde, 1991): el sujeto, el investigador o la persona que pretende observar el fenómeno; el objeto, este es el fenómeno en sí, lo que se observa y de lo cual se obtendrá información; los medios son los sentidos de los que se vale el investigador (vista y el oído); los instrumentos, todas aquellas tecnologías e instrumentos que el investigador utilice para recabar mayor información, el marco teórico que sirven de guía y base en el proceso de observación.

Una observación de tipo científica tiene un objetivo claro, definido y preciso, el investigador conoce de lo que desea observar y sabe para qué quiere hacerlo, porque determinó el objeto, situación o caso que se desea observar; los objetivos de dicha observación, la forma de registrar los datos, y el uso de la observación cuidadosa. Finalmente registra los datos observados, obtiene resultados y elabora conclusiones de toda la información recabada.

Existen diferentes modalidades de observación: directa, indirecta, participante, no participante, estructurada, no estructurada, de campo, de laboratorio, individual y de equipo (Díaz, 2010). Este trabajo se centra en la observación directa.

La observación directa es el método en el que el observador está físicamente presente, es decir, el investigador se pone en contacto personalmente con el situación que desea investigar, se vale de instrumentos como listas de cotejo para expresar conductas positivas o negativas, para registrar situaciones o conductas que se encuentran presentes o ausentes, y cuál es la intensidad en la que las conductas se presentan durante la observación (Díaz, 2010).

Es muy importante mencionar que la observación en general, tiene algunas fuentes de error que competen al investigador por inferencias o efectos de reactividad, en la construcción de los instrumentos también puede presentarse una fuente de error, por lo cual es importante sistematizar los instrumentos y establecer cuidadosamente un plan para la

observación de tal forma que esto permita el registro de toda la información de interés y posteriormente se almacene (Díaz, 2011).

En el almacenamiento de información el investigador puede valerse de recursos tecnológicos para concentrarse y centrarse tan sólo en la información que quiere investigar, esto promueve que la investigación tenga cierto orden e investigue únicamente su objetivo y no se pierda en un “mar de información”, por ejemplo, sería de mucha utilidad las video y audiograbaciones, con el objetivo de utilizar en la medida de lo posible la información recabada que pudo haber pasado por alto el investigador (Díaz, 2011).

En el presente trabajo se evalúan competencias mediante situaciones simuladas, éstas son una estrategia que permite la observación directa de conductas específicas.

Una simulación consiste en hacer una representación o imitación de alguna situación. En el campo clínico permite a los profesionales trabajar en situaciones con características bastante similares a las que se pueden presentar en una situación real, la diferencia radica en el medio en el cual se realiza, en el caso de la situación simulada se trata de un medio que ha sido creado o acondicionado artificialmente para medir o evaluar algo.

La historia de la simulación se remonta hacia el siglo XVII en París, Francia. Grégoire padre e hijo desarrollaron un maniquí para implementar la enseñanza y aprendizaje de técnicas de nacimiento mediante simulaciones, reduciendo así las tasas de mortalidad materna e infantil (Jones, Passos-Neto, Melro, 2015).

Entre los años de 1928 a 1929 Edwin Link construyó el primer entrenador de simulación para la aviación, también en la década de los sesenta, dentro del [área de la aviación, se desarrollaron simuladores para el manejo de crisis , promoción del trabajo en equipo y liderazgo (Neri-Vela, 2017).

En el año de 1957 se realizó el primer ensayo con éxito en la desfibrilación externa con el equipo de la Universidad de Hopkins. Años más tarde, en 1964, Howards Barrows crea el “paciente programado” que proporciona la primera descripción de los procedimientos especiales en la educación clínica.

Los inicios de la simulación como metodología están mayormente vinculados a la práctica médica, sin embargo su implementación no se reduce a este campo de estudio. En la gestión de recursos en las tripulaciones (GRT) se implantó en el ámbito de la formación como estrategia para mejorar las relaciones y actitudes en el trabajo en equipo (Mañeru, 2015).

La creciente aceptación de las simulaciones como un complemento y a veces como sustituto ventajoso de la formación clínica ha permitido su amplia implementación en otros campos de estudio.

Como metodología permite tener un control sobre el error durante la práctica, lo cual facilita la adquisición y el ejercicio de las habilidades metodológicas y conductuales relacionadas con la práctica, lo que permite comprobar el comportamiento de los profesionales de la salud, y por consiguiente conocer qué competencias (habilidades, estrategias, actitudes, conocimientos, etc.) utiliza el profesional en su campo laboral.

En Psicología Clínica de las Adicciones las situaciones simuladas están estandarizadas, es decir, los estímulos están controlados cuando se presentan al participante y se pueden observar las conductas y competencias que el profesional utiliza durante su labor cotidiana con un usuario de drogas ficticio (Lane, Hood & Rollnick, 2008; Moore & Fisher, 2007; Bennett, et al., 2007), de esta forma se da la misma oportunidad a los profesionales de mostrar las competencias que poseen la aplicación de intervenciones.

La evaluación de competencias mediante situaciones simuladas posibilita el entrenamiento, ensayo y retroalimentación de las competencias de los profesionales para mejorar o adquirir las competencias pertinentes en el área sin afectar a usuarios reales, y de esta forma posteriormente brindar mejores servicios a los usuarios.

Pocos son los estudios realizados en los que se evalúan competencias por medio de situaciones simuladas, aún así existe la evidencia mostrando resultados favorables en su uso.

En el caso de México se realizó un estudio de evaluación de competencias (habilidades) de los profesionales de la salud mediante situaciones simuladas por Morales y

colaboradores Martínez (2013), quienes realizaron un entrenamiento en consejo breve dirigido a promotores de la salud, mediante el Modelo Integral de Atención. El objetivo del tratamiento era habilitar a profesionales y no profesionales de la salud en la aplicación de Consejo Breve mediante el programa IDEAS (Indaga, Dialoga, Establece metas, Acompaña y Seguimiento).

Participaron 412 personas de diferentes entidades de la República Mexicana, de los cuales 133 eran profesionales de la salud y 279 personas eran no profesionales de salud, los participantes pasaron por una de cuatro condiciones: entrenamiento con material, entrenamiento sin material, con material sin entrenamiento, y sin entrenamiento y sin material. Cabe mencionar que el entrenamiento consistió en presentación de contenidos, ensayos conductuales, modelamiento y retroalimentación. Posteriormente los participantes fueron evaluados en una situación simulada por 17 evaluadores.

Para la implementación de la situación simulada, se citó a los participantes a una sesión individual con duración de 30 minutos. La sesión era un juego de roles: la evaluadora realizaba un papel de usuaria de alcohol y el participante el papel de terapeuta. A los participantes se les daban instrucciones de la situación simulada. Los evaluadores utilizaban un guión con diez estímulos que debían presentar a los participantes, el guión contenía dos conductas verbales sin resistencia, dos conductas de confrontación, dos de desesperanza, dos conductas de defensa de sí mismo y dos de auto-descalificación.

Los investigadores encontraron que los participantes obtuvieron los siguientes promedios de calificación, en el caso de los profesionales de la salud: cuando recibieron entrenamiento y el material ($M=9.5$), cuando recibieron entrenamiento pero no contaron con material impreso ($M= 9.65$) y cuando solo recibieron el material ($M= 9.5$) que cuando no recibieron ninguno de los dos ($M = 6.38$), comparándolos con los participantes que no eran profesionales de la salud: entrenamiento con material ($M = 7.86$), entrenamiento ($M = 7.07$), solo con material ($M = 5.82$) y sin material ni entrenamiento ($M=5.8$).

Los resultados permitieron observar que los profesionales con entrenamiento y material, únicamente con entrenamiento y únicamente con material obtuvieron mejor

desempeño en la aplicación de consejo breve (IDEAS) que los profesionales sin entrenamiento y sin material. Lo mismo se observó en el caso de los no profesionales, sin embargo las puntuaciones de estos participantes fueron más bajas que las puntuaciones de los profesionales.

Dadas las dificultades que los participantes no profesionales sin entrenamiento y sin material tuvieron en la implementación de consejo breve, parece ser necesario el entrenamiento y la entrega de material para la ejecución efectiva de las habilidades, es mediante las situaciones simuladas que estas habilidades pueden ensayarse y evaluarse.

Bennett, Roberts, Vaughn, Gibbins y Rouse (2007) realizaron un estudio para evaluar competencias de profesionales de la salud en la aplicación de entrevista Motivacional, en el cual los profesionales entrevistaban a un usuario simulado en una etapa de ambivalencia en cuestiones de consumo de drogas.

En el estudio participaron 40 profesionales, de los cuales 28 habían recibido una capacitación profesional, y 18 de ellos recibieron capacitación en habilidades en Entrevista Motivacional, 16 profesionales trabajaban en un entorno de salud mental, y uno de ellos asistió a la capacitación en Entrevista Motivacional entre sus primeras y segundas entrevistas. Posteriormente los investigadores dividieron a los participantes en dos grupos entrenados en Entrevista Motivacional. y no entrenados en Entrevista Motivacional.

Los usuarios simulados fueron 3 actores de una compañía de teatro, cada uno de ellos representaba un papel distinto, uno era una persona que tenía dependencia a la heroína pero estaba en abstinencia, otro buscaba ayuda por haber tenido problemas por primera vez debido a su consumo de alcohol, y el tercer actor representaba a una madre con dependencia al alcohol.

Las situaciones simuladas fueron grabadas (un total de 47 videograbaciones) y posteriormente evaluadas con el Código de Integridad de Tratamiento de Entrevista Motivacional (MITI versión 2.0, por sus siglas en inglés). El sistema de codificación produce dos puntajes globales, espíritu y empatía, y siete puntajes de conducta: 1) dar información, 2) comportamiento adherente en Entrevista Motivacional, 3) comportamiento

no adherente, 4) preguntas cerradas, 5) preguntas abiertas, 6) reflexiones simples y 7) reflexiones complejas.

Se realizaron dos entrevistas simuladas con separación de 28 días en estas entrevistas se evaluaron los puntajes globales, espíritu y empatía, y siete puntajes de conducta: 1) dar información, 2) comportamiento adherente en Entrevista Motivacional, 3) comportamiento no adherente, 4) preguntas cerradas, 5) preguntas abiertas, 6) reflexiones simples y 7) reflexiones complejas, no se encontraron diferencias significativas pero las medias aumentaron al comparar las estrategias utilizadas en ambas entrevistas (en la segunda entrevista hubo aumentos en las medias) en empatía, dar información, comportamiento adherente en la Entrevista Motivacional y en Reflexiones complejas

Los investigadores encontraron también que los participantes entrenados en Entrevista Emocional obtuvieron una media significativamente más alta en las puntuaciones globales: espíritu (4.60) y empatía (5.08) a diferencia de los participantes inexpertos que tenían media en espíritu de 2.55 y empatía con una media de 2.88. En general las puntuaciones medias de los participantes se incrementaron con capacitaciones y la implementación de las situaciones simuladas.

Otra investigación en la que se emplean las situaciones simuladas como método de evaluación es el estudio de Iwata, Wallace, Kahng, Lindberg, Roscoe, Connors, Hanley, Thompson y Wordsdell (2000). Estos investigadores realizaron un estudio de línea base para evaluar los efectos de un programa de entrenamiento elaborado para establecer competencias básicas en la implementación de análisis funcional, participaron 11 estudiantes de pre-grado con el rol de terapeutas y 8 estudiantes de posgrado simularon los roles de un cliente. Las situaciones simuladas se grabaron y registraron.

Los estudiantes de posgrado obtuvieron una medida de fidelidad del 90% de adherencia al guión. La ejecución de los “terapeutas” se obtuvo midiendo el porcentaje de respuestas correctas, al comparar las ejecuciones entre condiciones se encontró que ninguna media de línea base sobrepaso el 90% antes del entrenamiento, en cambio después del entrenamiento todas las medias fueron mayores al 95%.

En las simulaciones evalúan el aprendizaje adquirido, el cómo un profesional de la salud realiza acciones exactas y respuestas concretas a ciertas preguntas y/o situaciones, es decir evalúan las competencias en un escenario controlado, lo cual permite tener control del error durante la práctica, esto facilita la adquisición y el ejercicio de las habilidades metodológicas y conductuales relacionadas con la práctica. De esa forma se observa el comportamiento de los profesionales de la salud, y se conocen qué competencias (conocimientos, habilidades o actitudes) se utilizan en un contexto real (Pérez, 2013).

Las situaciones simuladas han formado un componente importante en el entrenamiento de terapeutas. Lane, Hood y Rollnick (2008) emplearon ensayos conductuales con compañeros reales y simulados con el objetivo de enseñar la aplicación de entrevista motivacional.

Moore y Fisher (2007) realizaron un estudio que empleaba ensayos conductuales con usuarios simulados con el objetivo de evaluar la ejecución de profesionales en la aplicación de análisis funcional. Estos autores investigaron la adquisición de métodos de análisis funcional por parte de profesionales mediante la comparación de videograbaciones, usaron ensayos conductuales para evaluar la ejecución del análisis de la triple contingencia de la conducta de autolesiones en niños.

El uso de situaciones simuladas como un método de evaluación debe poseer indicadores de validez o bien, deben ser situaciones estandarizadas que las hagan aplicables con diferentes conductas, por ejemplo en Iwata, et al. (2000) mostró fidelidad del procedimiento de evaluación con situaciones simuladas y el porcentaje de acuerdo entre observadores como medidas de validez de las situaciones simuladas como método de evaluación. Bennett, et al. (2007), propusieron indicadores de evaluación en las situaciones simuladas que le dan consistencia como método de evaluación de las competencias: acuerdo entre observadores en las calificaciones, estabilidad en las entrevistas con diferentes confederados y adherencia a un guión o estructura de evaluación entre los confederados.

En estas situaciones los estímulos están controlados cuando se presentan al participante y se pueden observar las conductas y competencias que el terapeuta utiliza

durante una situación (Lane, Hood & Rollnick, 2008; Moore & Fisher, 2007; Bennett, et al., 2007), con un usuario de drogas ficticio, una característica interesante de las situaciones simuladas es que permiten imitar aspectos de una situación de terapia real fomentando así el desarrollo, la mejora e implementación de las competencias profesionales.

La medición de las competencias del profesional de la salud es importante ya que permite optimizar el desempeño del profesional de la salud en la aplicación de servicios y procedimientos profesionales; diversos autores se han dado a la tarea de evaluar competencias utilizando como herramienta importante de sus estudios las situaciones simuladas.

La implementación de situaciones simuladas como método de evaluación en el ámbito de la investigación y educación permite el entrenamiento de competencias y estrategias a modo de ensayo sin perjudicar a usuarios reales. El objetivo general de las situaciones simuladas consiste en evaluar y comprobar las conductas en un escenario ficticio, que resulte lo mayormente parecido a condiciones en escenarios naturales.

Este trabajo de tesis se encuentra dividido en dos grandes fases: la primera compete al desarrollo y estandarización de una situación simulada como estrategia de evaluación y la segunda fase corresponde a la evaluación de los profesionales de la salud en la implementación de análisis funcional de la conducta y planes de acción de conducta alternativa.

El objetivo general de esta investigación es evaluar los efectos de un entrenamiento en la adquisición de competencias en implementación del análisis funcional de la conducta de consumo y programación de conducta alternativa.

Método

Fase 1:

Desarrollo y estandarización de una situación simulada como estrategia de evaluación

Justificación

En el área de la evaluación de competencias profesionales se han empleado diferentes formas de evaluación en los cuáles se emplean pruebas de lápiz y papel como los exámenes escritos, de opciones múltiple; se ha hecho uso de la observación directa, muestras de trabajo clínico, registros de vídeos, juego de roles y situaciones simuladas (Miller, 1990), pero en la evaluación de competencias terapéuticas existen pocos métodos para conocer el nivel de competencias profesionales que los terapeutas utilizan en su quehacer diario (Fairburn & Cooper, 2011).

De acuerdo con Fairburn y Cooper (2011) las competencias profesionales en psicología se miden principalmente en: medidas directas de conocimiento, la cuales son limitadas ya que se concentran en aspectos conceptuales y teóricos; y medidas sobre las habilidades de implementación en las que se evalúa la capacidad de aplicación de los conocimientos en la práctica clínica, y en estas medidas se emplean tres métodos:

En el método uno la evaluación se realiza mediante el evolución o resultados que muestra la persona que asiste a una intervención o tratamiento, aquí se evalúa mediante pre y post-evaluaciones de intervención realizadas por evaluadores, aplicación de encuestas a los pacientes y los auto-informes (Fairburn & Cooper, 2011; Okiishi, Lambert, Eggett, Nielsen & Dayton, 2006).

El segundo método se evalúa las sesiones de tratamiento empleando escalas, evaluación de algunas sesiones de intervención generalmente grabadas; y el tercer método de evaluación es el de juegos de roles estandarizados (situaciones simuladas) como un medio para evaluar una capacitación (Fairburn & Cooper, 2011). Este último método de situaciones simuladas permite no sólo la evaluación sino también el entrenamiento de las

competencias profesionales, y precisamente para considerarlo un método de evaluación es necesario que estas situaciones simuladas muestren estandarización que las hagan generalizables en su aplicación en otros campos de las ciencias de la salud.

De aquí la importancia de proporcionar elementos de estandarización a la situación simulada que le de consistencia como método de evaluación, entonces en esta primera fase de tesis se plantea la importancia de estandarizar una situación simulada como estrategia de evaluación conductual.

Objetivo

Estandarizar una situación simulada como estrategia de evaluación conductual de competencias en la implementación de consejo e intervención breve.

Tipo de estudio

Exploratorio.

Participantes

En este estudio participaron seis confederados (usuarios ficticios, estudiantes entrenados en la aplicación del guión), cuatro de ellos mujeres y dos hombres, todos estudiantes de segundo hasta octavo semestre de una licenciatura en psicología, de edades entre 20 y 22 años, estos estudiantes pertenecían a un grupo de investigación en adicciones de una Universidad pública.

Instrumentos

Lista cotejable de estandarización del usuario ficticio. Evalúa la aplicación de la situación simulada por el confederado en tres aspectos: instiga, responde y omite y error, durante la aplicación de 13 categorías (ver Anexo 1). Cuando ocurrió la conducta de “instiga” el confederado proporcionó un estímulo del guión antes de que el terapeuta hiciera una pregunta; “responde” se presentó cuando el confederado contestó conforme al guión o dio una respuesta corta a las respuestas del terapeuta; las omisiones eran cualquier estímulo del guión que no fue presentado al terapeuta; los errores ocurrieron cuando el

confederado no respondía conforme a las preguntas del terapeuta, o bien cuando confundía estímulos o respuestas presentadas en el guión.

El objetivo de esta lista cotejable es evaluar la adherencia al guión que los confederados tuvieron durante la aplicación de la situación simulada. A continuación se describen las 13 categorías:

Categoría 1. Disparadores externos de consumo: se obtiene información del contexto en el que se presenta el consumo, es decir las situaciones, las personas, el lugar y el día que un usuario consumió.

Categoría 2. Disparadores internos de consumo: la información obtenida es respecto a sensaciones físicas, pensamientos y sentimientos que el propio usuario experimenta antes de su consumo.

Categoría 3. Descripción operacional de la conducta de consumo. En esta categoría se investiga la sustancia o sustancias que el usuario consume, la cantidad de sustancia y la duración de su consumo.

Categoría 4. Consecuencias positivas inmediatas de la conducta de consumo. Esta categoría tiene la intención de investigar las consecuencias positivas a o agradables que el usuario experimenta después de su consumo.

Categoría 5. Consecuencias negativas inmediatas de la conducta de consumo. Se identifican las consecuencias negativas o desagradables que el usuario tiene inmediatamente después de consumir, se exploran otras áreas de vida (familiar, legal, física y económica).

Categoría 6. Consecuencias positivas a largo plazo de la conducta consumo. Se identifican las consecuencias positivas a largo plazo que el consumo conlleva. Las consecuencias positivas tanto a corto como a largo plazo son consecuencias que generalmente mantienen la conducta de consumo.

Categoría 7. Consecuencias negativas a largo plazo de la conducta de consumo. En este tipo de consecuencias se investigan los problemas económicos, laborales o escolares, y los problemas de salud.

Categoría 8. Programa estímulos externos para la abstinencia. Se buscan conductas que no se relacionen con el consumo para de esa forma evitar consumir.

Categoría 9. Programa estímulos internos disparadores de la abstinencia. Se involucran pensamientos, creencias y nivel de motivación que el usuario tiene para poder llevar a cabo las conductas que eviten el consumo y lograr su meta de consumo.

Categoría 10. Programa de conductas alternativas al consumo. Se identifican conductas que ayuden a evitar consumir, estas conductas se vuelven un plan de acción, pues son conductas especificadas ya que incluyen cuándo, cómo, con qué personas y en qué lugar se llevará a cabo la conducta.

Categoría 11. Programa de conductas específicas para enfrentar obstáculos. Ante la posibilidad de tener obstáculos que propicien que el usuario tenga consumo se realizan más conductas alternas al consumo y se plantean estrategias de afrontamiento ante obstáculos particulares.

Categoría 12. Establece consecuencias positivas inmediatas a las conductas alternativas al consumo. En esta categoría se buscan conocer los beneficios que el usuario adquiere de manera inmediata al sustituir la conducta de consumo por una conducta alterna.

Categoría 13. Establece consecuencias positivas a largo plazo a las conductas alternativas al consumo. En esta última categoría se identifican las consecuencias agradables que el usuario experimentará en un futuro al alcanzar la meta de consumo.

Procedimiento

El guión de situación simulada representa a un usuario de 30 años de edad, casado/a que trabaja en una compañía y que presenta abuso de alcohol, todos los días viernes asiste al mismo lugar de consumo y se acompaña de sus compañeros de trabajo (ver Anexo 2).

El guión se conforma por las mismas categorías que la lista cotejable de estandarización del usuario ficticio (Disparadores externos de consumo, Disparadores internos de consumo, Descripción operacional de la conducta de consumo, Consecuencias positivas inmediatas de la conducta consumo, Consecuencias negativas inmediatas de la conducta de consumo, Consecuencias positivas a largo plazo de la conducta consumo, Consecuencias negativas a largo plazo de la conducta de consumo, Programa estímulos externos para la abstinencia, Programa conductas alternativas al consumo, Establece consecuencias positivas inmediatas a las conductas alternativas al consumo, Establece consecuencias positivas a largo plazo a las conductas alternativas al consumo, Programa otras conductas alternativas para enfrentar obstáculos). Cada una de estas categorías se compone de estímulos.

Los estímulos que contiene el guión de situación simulada son presentados por el confederado al terapeuta, se tratan de estímulos pertinentes que permiten que el participante pueda implementar un análisis funcional de la conducta de consumo y que pueda guiar a formular planes de acción.

El guión también está conformado por una sección de posibles respuestas que el confederado puede emitir ante preguntas que el terapeuta puede hacer para indagar cada estímulo presentado por el confederado. Esta sección sirve como guía al aplicador de la situación, pues el terapeuta bien puede hacer una pregunta similar, o una pregunta distinta y en este caso al conocer el guión y las posibles respuestas se puede responder a cualquier pregunta del terapeuta.

Este guión posee una estructura que lo hace accesible a ser aplicado para el confederado y facilita la evaluación e implementación de competencias profesionales de terapeutas con formación en adicciones debido a que representa a un usuario ficticio con abuso de alcohol.

Está formulado para poder evaluar competencias de consejo breve en dos elementos de mucha importancia en las intervenciones breves, análisis funcional de la conducta y planes de acción.

Por último, en la sección de *Respuesta usuario* se encuentra el diálogo que el aplicador debe realizar durante la simulación, esta sección es bastante flexible, pues el fin es poder hacer la situación simulada lo más natural y real posible, siempre y cuando sea apegándose a los estándares que posee el guión (Ver Anexo 2).

Los confederados fueron entrenados previamente, durante sesiones grupales de capacitación, para conocer los componentes del guión de la situación simulada, a través de instrucción verbal, modelamiento y ensayos conductuales, además se proporcionaba retroalimentación para lograr mejor adherencia al guión. El número de sesiones de entrenamiento que recibieron los confederados fueron 18.

En el entrenamiento al confederado se enseñó la correcta aplicación del guión, los estímulos debían proporcionarse en el orden tal cual estaban en el guión, se entrenó en cómo responder o evadir preguntas que no brindarán información para el análisis funcional con una respuesta corta, cómo responder cuando el terapeuta hacía preguntas pertinentes al análisis funcional. Todo el entrenamiento del confederado tenía el propósito de obtener una adherencia alta en la implementación del guión con los terapeutas.

Fueron 6 los confederados entrenados en la aplicación de situaciones simuladas, se evaluó el correcto adherencia a la aplicación del guión con el objetivo de brindarle solidez al estudio, de acuerdo a Iwata, et al. (2000) y Bennet, et al. (2007).

Se realizaron en total 32 ensayos, que fueron registrados por cuatro observadores, cada ensayo se registró dos veces, cada uno con diferencia de 24 horas, utilizando la “Lista cotejable de estandarización del usuario ficticio”, los dos registros por ensayo sirvieron para obtener el porcentaje de acuerdos entre un mismo observador, posteriormente se realizó un registro de los 32 ensayos también por 4 observadores con el objetivo de conocer el porcentaje de acuerdos entre observadores, de estas maneras se conocieron los porcentajes de adherencia al guión y por ende la confiabilidad de la situación simulada.

Finalmente se obtuvo el porcentaje individual de conductas emitidas por los confederados para conocer la adherencia a la estructura del guión que tuvieron en la aplicación de las situaciones simuladas.

El número de acuerdos entre observadores se obtuvo por la ocurrencia o no de un comportamiento, es decir, por el número de acuerdos más desacuerdos y multiplicando por 100%.

Resultados

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Se obtuvo el porcentaje promedio de cada categoría por confederado, cómo distribuyeron las categorías de acuerdo a la aplicación de la situación simulada. Se observó que 5 de los confederados que aplicaron las situaciones simuladas obtuvieron porcentajes de entre 28%- 74% en instiga (el confederado proporcionó los estímulos), porcentajes de entre 16% y 33% en responde (el terapeuta hacía preguntas por sí sólo sin la presencia del estímulo o respondía al estímulo), los porcentajes de omite se encontraron entre 2% y 34% (el confederado no proporcionó el estímulo) y el porcentaje de error obtuvo un rango de entre 3%-7%.

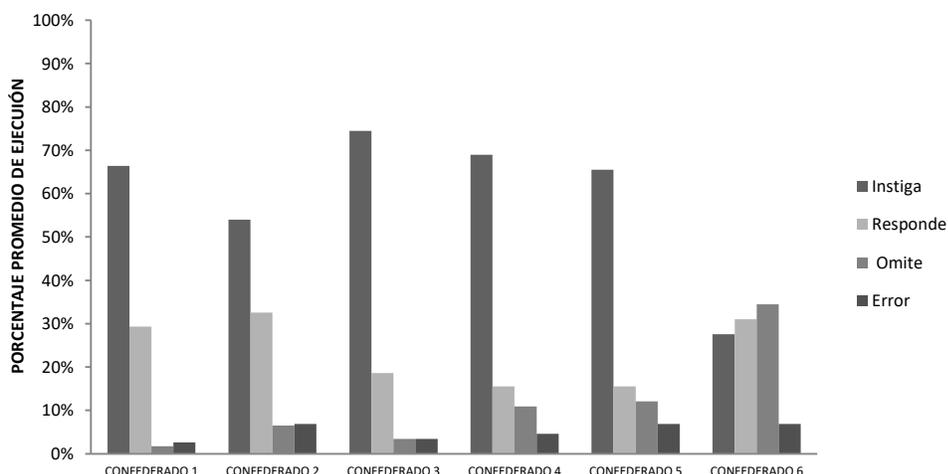


Figura 1. Porcentaje promedio de ejecución de la situación simulada por confederado.

En los acuerdos intra-observador se obtuvieron porcentajes de entre 83% a 100% de acuerdos. En los acuerdos entre observadores se obtuvo un rango entre 76%-100%.

La adherencia al guión contempló 2 categorías: instiga y responde, por lo tanto la no adherencia al guión se presentó cuando ocurrieron errores y omisiones.

La siguiente gráfica (véase figura 2) muestra el porcentaje de adherencia que obtuvieron cada uno de los 6 confederados al sumar las categorías instiga y responde en aplicar las situaciones simuladas, el confederado 1 obtuvo 96% de adherencia, el confederado 2 consiguió 87%, el confederado 3 obtuvo una adherencia al guión 93%, el confederado 4 obtuvo 84% de adherencia al guión, el confederado 5 tuvo 81 de adherencia y finalmente el confederado 6 obtuvo en adherencia al guión 59%.

En cuanto al confederado 6 que mostró una menor ejecución de la situación simulada y por consiguiente un menor porcentaje de adherencia al guión se recomendaría una supervisión del desempeño durante su entrenamiento.

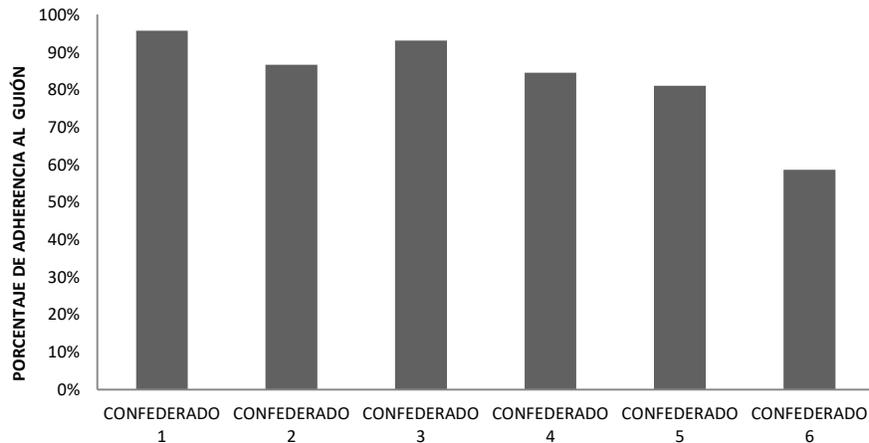


Figura 2. Porcentaje de adherencia al guión de situación simulada por confederado

El nivel de ejecución obtenido por cada uno de los confederados mostró las conductas que mayormente realizaron, se consideró que la situación simulada estuvo estandarizada al obtener 80% de adherencia y de esa forma se dio uso como estrategia de evaluación en la siguiente fase de esta tesis.

Fase 2:

Entrenamiento y evaluación de las competencias profesionales de los terapeutas.

Justificación

La adquisición de competencias profesionales requiere un entrenamiento adecuado en ellas. La forma en la que se han de proporcionar los entrenamientos o capacitaciones en ciertos temas deberá permitir que los servicios que los profesionales brinden posteriormente sean adecuados a las necesidades de la persona que requiera dichos servicios, y se basen en aspectos éticos (Fairburn & Cooper, 2011; Sholomskas, Syracuse-Siewert, Rounsaville, Ball, Nuro & Carroll, 2005).

Los entrenamientos en los que los profesionales de la psicología se preparan deben transmitir las competencias necesarias (habilidades, conocimientos, actitudes) para brindar intervenciones de calidad que muestren evidencia de cumplir los objetivos de dicha intervención y a su vez permitir la diseminación de las intervenciones, y reducir la supervisión clínica (Herschell, Kolko, Baumann, & Davis, 2010).

El adecuado entrenamiento en competencias permitirá que los profesionales en psicología de la salud realicen procedimientos adecuados a las características de los individuos, en el caso de las intervenciones breves en adicciones dos de los elementos en los que se deben entrenar los terapeutas son análisis funcional de la conducta de consumo y programación de conducta alternativa.

Mediante el análisis funcional de la conducta se han de identificar los precipitadores internos y externos del consumo, qué pasa durante la conducta de consumo, y los consecuentes de esta conducta, para dar paso a la identificación de la conducta de no consumo, en esta parte se han de elaborar planes de acción con la guía del terapeuta para lograr la abstinencia o reducción del consumo, es decir, la aplicación de estos dos componentes permite la evaluación de la conducta de consumo y visualización de las alternativas a dicha conducta.

La evaluación de las competencias en análisis funcional de la conducta y programación de conducta alternativa se vuelve indispensable en el campo de las adicciones pues estos componentes proporcionan información que se utiliza en la aplicación de consejo e intervención breve para de esa forma cumplir los objetivos de cada uno de estos niveles de intervención, y precisamente un medio donde los profesionales pueden evaluar su nivel de competencias adquiridas en distintos entrenamientos en el ámbito práctico es la evaluación por situaciones simuladas.

En la presente tesis se aplican una situación simulada previamente estandarizada para evaluar los efectos de un entrenamiento en la adquisición de competencias en análisis funcional de la conducta de consumo y programación de conducta alternativa.

Pregunta de investigación

¿Qué cambios se observan en el nivel de competencias de análisis funcional y programación de conducta alternativa en de profesionales de la salud durante un entrenamiento teórico-práctico ?

Objetivo

Evaluar las competencias sobre implementación del análisis funcional de la conducta de consumo y programación de conducta alternativa en profesionales de la salud, adquiridas durante un entrenamiento, por medio de la aplicación de situaciones simuladas.

Hipótesis

Hipótesis conceptual: Las competencias que los profesionales ponen en práctica son susceptibles de mejorar mediante entrenamiento (Herschell, Kolko, Baumann, & Davis, 2010), por lo que la evaluación de las mismas durante el proceso de aprendizaje mostrará cambios en los niveles de implementación de procedimientos específicos como análisis funcional y programación de conducta alternativa. .

Hipótesis de trabajo: El nivel de implementación de análisis funcional y programación de conducta alternativa de profesionales de la salud incrementará con el entrenamiento teórico práctico.

Tipo de estudio

Descriptivo; diseño AB de n=1.

Variables

Variable independiente: Entrenamiento teórico-práctico de profesionales de la salud

Variables dependientes: Nivel de implementación de Análisis Funcional de la Conducta, Programación de Conducta Alternativa y Consejo Breve.

Participantes

En este estudio participaron 8 estudiantes hombres mexicanos de entre 25 y 35 años de edad con licenciatura en psicología, en el momento del estudio los participantes se encontraban cursando un posgrado en adicciones de una Universidad pública.

Instrumentos.

Lista cotejable del nivel de implementación de los principios básicos por el terapeuta.

Esta lista se compone de dos grandes bloques para evaluar, el primer bloque corresponde a la implementación de análisis funcional, la segunda parte concierne a la programación de conducta alternativa al consumo (Ver Anexo 3).

Las primeras siete categorías competen a la implementación de un análisis funcional. La primera categoría corresponde a los disparadores externos del consumo, se evalúa si el terapeuta indaga la situación de consumo, las personas con las que el usuario ficticio consume, los lugares donde consume y cuándo consume. La segunda categoría concierne a los disparadores internos del consumo: sensaciones, sentimientos y pensamientos. La categoría tres se refiere a la descripción operacional de la conducta de consumo; posteriormente están las consecuencias positivas inmediatas de la conducta de consumo, en la categoría cuatro se evalúan las consecuencias inmediatas de la conducta de consumo; en la categoría siguiente, la cinco, se cotejan las consecuencias negativas

inmediatas de la conducta de consumo; en el apartado siete se abordan las consecuencias negativas a largo plazo del consumo.

En el siguiente apartado se busca evaluar cómo el terapeuta implementa un programa de conductas alternativas, y concierne a las categorías de la ocho a la trece.

La categoría ocho permite formular un programa de estímulos externos para la abstinencia, en la siguiente categoría que es la nueve se revisa un programa de estímulos internos para la abstinencia. En la categoría diez se establece el programa de conductas alternativas al consumo, la categoría once permite implementar un programa de conductas alternas al consumo para enfrentar obstáculos; en la categoría doce se abordan las consecuencias positivas inmediatas a las conductas alternativas al consumo; finalmente en la categoría trece se revisan las consecuencias positivas a largo plazo a las conductas alternativas al consumo.

Cada categoría indaga ciertos estímulos en donde se califica en cuatro niveles: “no lo realiza” obteniendo puntuación 0 que implica que el profesional no indaga el estímulo presentado, o lo pasa por alto; “indaga”, que se puntúa con 1, e implica que el profesional realiza preguntas respecto al estímulo presentado; “retroalimenta” se puntúa con 2, e indica que el profesional hace preguntas respecto al estímulo presentado y además realiza retroalimentación, y finalmente “analiza” que tiene una puntuación de 3, y muestra que el profesional realiza preguntas, retroalimenta y analiza las respuestas del confederado. Finalmente se obtiene el porcentaje de implementación de cada nivel

Lista cotejable de habilidades y actitudes en ensayo conductual IDEARSE.

Esta lista cotejable IDEARSE (Indaga, Dialoga, Escucha reflexiva, Acompaña, Retroalimenta y da Seguimiento) evalúa si realiza o no la habilidad o actitud puntuado con 1 (si) o 2 (no). Consta de 29 habilidades y 10 actitudes (ver Anexo 4), reporta alfa de Cronbach de 0.93 en habilidades y en actitudes un alfa de Cronbach de 0.78 que se agrupan de la siguiente manera:

Habilidades:

Indaga: El patrón de consumo y los problemas asociados a este.

Dialoga: permite indagar el interés y la motivación de la persona al cambio, analiza ventajas y desventajas del consumo, y se hace especial énfasis en las desventajas.

Establece metas: permite la identificación del nivel de intervención necesario, se proporciona retroalimentación personalizada sobre el patrón de consumo y sobre las consecuencias del consumo, se explican efectos de la sustancia, se analizan ventajas y desventajas del patrón de consumo y se hace escucha reflexiva.

Acompaña: se explica el proceso de una adicción, se explica verbalmente una conducta o habilidad implicada en un plan de acción y, modela la conducta o habilidad implicada, se solicita ensayos de la conducta o habilidad, y retroalimenta la ejecución.

Retroalimenta: Se refuerza la autoeficacia de la persona, se resuelve la resistencia de la persona, se identifica el contexto para un plan de acción, se define claramente el plan de acción, se identifican los pasos para llevar a cabo el plan de acción, los obstáculos para realizar el plan de acción, y las opciones para enfrentar los obstáculos del plan de acción.

Seguimiento: Se guía a la persona a una meta de reducción o suspensión del consumo o asistencia a tratamiento, se recomienda realizar seguimiento para garantizar que la persona lleve a cabo los planes de acción, se identifica necesidades adicionales de atención y se proporciona opciones para referenciación con otros profesionales o centros especializados.

En las actitudes los factores son los siguientes:

Empatía: se muestra un tono de voz tranquilo y claro, se muestra empatía con el usuario, y un lenguaje respetuoso con la persona, se muestra abierto a escuchar la información que proporciona la persona y, se expresa asertiva y claramente la información con la persona.

Comunicación: se muestra disposición a resolver dudas y aclarar información, se respeta la decisión de la persona de realizar el cambio por sí mismo, se evita la

confrontación con la persona, se evita el uso de palabras altisonantes, se evita realizar juicios de valor ante la información proporcionada por la persona.

Procedimiento

Los profesionales que participaron en esta investigación eran estudiantes de un posgrado en adicciones, durante su residencia se entrenaron en intervenciones en adicciones. Durante el primer semestre y segundo semestre los profesionales revisaron temas de evaluación y medición, métodos de investigación aplicada, teorías y modelos de intervención cada uno con una carga de 48 horas teóricas, dentro de estos temas se abordaron fundamentos teóricos de las intervenciones breves, y se revisaron procedimientos (explicación e instrucción de la implementación de intervenciones breves), los participantes también realizaron 352 horas prácticas en el primer semestre y 448 en el segundo semestre.

En el tercer semestre los participantes cursaron teorías y modelos de intervención con carga de 48 horas y proporcionaban co-terapia (fueron expuestos a modelamiento, ensayos y recibieron retroalimentación), las horas prácticas sumaron un total de 592 horas. Durante el cuarto semestre realizaron intervención en situaciones reales (implementaron todas las competencias adquiridas durante el entrenamiento y recibieron retroalimentación), en este semestre obtuvieron 640 horas prácticas.

Al inicio de cada semestre, como parte del monitoreo de la adquisición de competencias profesionales, se les evaluó a través de la situación simulada descrita en la Fase 1. En la aplicación de las situaciones simuladas se comunicaba al terapeuta que la aplicación era voluntaria, se informó respecto al objetivo de la evaluación, la actividad a realizar y sobre la videograbación del mismo.

También se les pidió que antes de comenzar con la situación simulada, leyeran y firmaran un consentimiento informado correspondiente a la actividad; una vez firmado, se le pedía al participante decir su nombre mirando a la cámara, esto únicamente con fines de registro.

Debido a que la situación era videograbada se comentaba al participante que toda la información obtenida durante el tiempo que durará la situación era completamente confidencial y que sería siempre tratada con rigor ético y responsabilidad, y que bajo ninguna circunstancia las videograbaciones serían difundidas por ningún medio.

Posteriormente se leyó a cada participante las siguientes instrucciones: *“A continuación vas a entrevistar a un usuario/a de 30 años de edad, que trabaja en una compañía de seguros en el área de finanzas. Tiene un esposo/a y viven juntos en un departamento rentado y presenta abuso de alcohol. Realiza con él/ella el análisis funcional de su conducta de consumo y guíalo/a realizar planes de acción para lograr la abstinencia en la semana. Es una cita de primera vez, por lo que no es necesario traer información de otras sesiones, no será necesario la aplicación de algún instrumento, y tampoco se necesitará que realices rapport”*.

El tiempo que duraba la aplicación de una situación simulada oscilaba entre los 15 y 35 minutos. Las situaciones simuladas fueron aplicadas una vez en cada uno de los semestres de la residencia en adicciones, por lo cual se obtuvieron 4 mediciones, donde la primera evaluación se tomó como línea base debido a que los participantes no estaban expuestos aún a la información sobre las intervenciones breves. Las siguientes aplicaciones se utilizaron como evaluación 1, evaluación 2 y evaluación 3.

Resultados:

Nivel de implementación de análisis funcional

El nivel de implementación del análisis funcional en la línea base se encontró entre el 13% y el 40%: 7 de los 8 terapeutas que participaron en el estudio obtuvieron niveles de implementación por debajo del 30%.

En la evaluación uno la implementación del análisis funcional se observaron incrementos, en 4 de los 8 casos y un decremento. Los porcentajes de implementación fueron de entre el 14% y el 39%, muy parecido a los niveles observados en la línea base.

En la evaluación dos se pudo apreciar un incremento en los porcentajes de todos los terapeutas. Todos los participantes superaron el 26% de implementación, en 2 de los 8 casos los profesionales superaron el 40% de implementación del análisis funcional.

El nivel de implementación en la evaluación número tres, mostró un notorio incremento. Los porcentajes, obtenidos por los participantes evidenciaron una implementación superior de análisis funcional por encima del 38%, en 5 de los 8 casos los profesionales superaron el 40% de implementación en la aplicación del análisis funcional.

Se observó que el porcentaje de los participantes mejoró en la implementación del análisis funcional de la conducta, las situaciones simuladas permitieron visibilizar el mejoramiento en los niveles de implementación a lo largo de las evaluaciones. En el caso de la evaluación uno, 5 de los participantes mostraron un decremento en su desempeño, sin embargo éste mejoró en las evaluaciones dos y tres; el resto de los participantes mostraron incrementos en su desempeño o mantuvieron su desempeño desde la evaluación uno.

La categoría de descripción de la conducta de consumo es la categoría que obtuvo mayores porcentajes de indaga, retroalimenta y analiza. En la línea base, la evaluación uno, y en ocasiones en la evaluación 2 los participantes mostraron más conductas de indaga que conductas de retroalimentación y de análisis de la información. Las conductas de análisis de información se observaron mayormente en las evaluaciones tres.

Los participantes también realizaron en su mayoría indagaciones, retroalimentaciones y análisis de las consecuencias positivas inmediatas del consumo, no obstante en la línea base algunos participantes no realizaron ninguna conducta con la información obtenida. En esta categoría se encontró que los profesionales tendían a realizar más indagaciones que retroalimentaciones y análisis de la información, de hecho analizar las consecuencias positivas se presentó ocasionalmente en las evaluaciones dos y mayormente en las evaluaciones tres de algunos terapeutas.

En el caso de la categoría de consecuencias negativas inmediatas del consumo, los terapeutas realizaron más indagaciones de la información en la línea base y en la evaluación uno, y algunos terapeutas no realizaban ninguna conducta con la información recibida en

línea base y evaluación uno. En la evaluación dos y tres se encontró que los terapeutas presentaron las conductas de indagar, retroalimentar y analizar, sin embargo es importante mencionar que hubo terapeutas que no realizaron ningún tipo de conducta en estas evaluaciones al ignorar la información.

En la categoría de consecuencias positivas a largo plazo del consumo algunos participantes mostraron conductas de indagar la información y en otras veces no realizaron ninguna conducta con la información que se les proporcionó, no realizar ninguna conducta ocurrió tanto en la línea base como en la evaluación uno, inclusive algunos terapeutas no analizaron la información en la evaluación dos y tres. Sin embargo fue en la evaluación tres en donde pocos terapeutas presentaron las conductas de indagar y retroalimentar la información.

En la implementación del análisis funcional de las consecuencias negativas del consumo a largo plazo, los participantes no indagaron, retroalimentaron o analizaron nada de la información que los confederados les brindaron, ni en la línea base ni en las evaluaciones uno, dos y tres, por lo cual se cataloga en “no lo realiza” obteniendo puntuaciones de 0. A continuación se muestran las gráficas obtenidas.

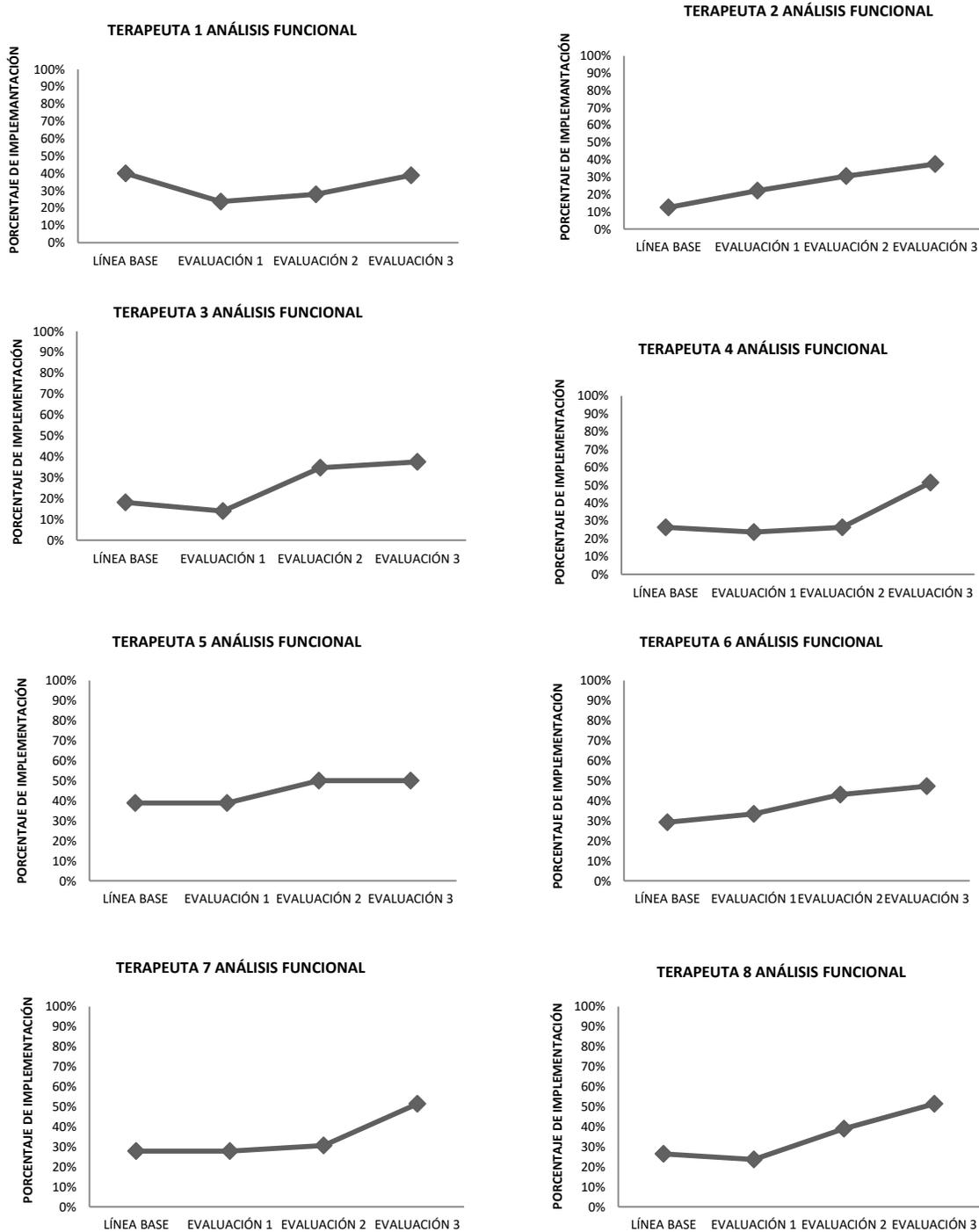


Figura 3. Nivel de implementación de análisis funcional de los ocho terapeutas evaluados durante su entrenamiento.

Nivel de implementación en Programación de Conducta Alternativa

El nivel de implementación de la línea base en la programación de la conducta alternativa parte del 3% al 50%; 3 terapeutas superaron el 25% de implementación; 3 más alcanzaron niveles de implementaciones mayores al 30%; un terapeuta obtuvo un nivel de implementación de 3% y un último terapeuta alcanzó el 52% de implementación en la programación de conducta alternativa.

En la evaluación uno, 3 terapeutas mostraron incrementos en sus niveles de implementación, 2 participantes mantuvieron su nivel de implementación (no incrementó pero no decremento); finalmente 3 participantes tuvieron decrementos en sus niveles de implementación.

En 7 de los 8 terapeutas se observó un incremento en los niveles de implementación en la evaluación dos: los niveles de implementación total inician desde el 24% hasta 50%, sólo un terapeuta decremento su desempeño casi a la mitad de nivel de implementación de la evaluación previa. La implementación de programación de conducta alternativa en las evaluaciones 3, osciló entre 39% y 67%, siendo éste último porcentaje el mayor nivel de implementación obtenido en los niveles de implementación tanto de análisis funcional de conducta como en la programación de conductas alternativas.

Se pudo observar mediante las situaciones simuladas los incrementos que los participantes obtuvieron a lo largo de las evaluaciones, pese a los decrementos que algunos participantes mostraron en algunas de sus evaluaciones, la evaluación tres supera por mucho el desempeño de las demás evaluaciones, o bien muestra el mantenimiento del desempeño en las evaluaciones previas.

La programación de estímulos externos para la abstinencia es una categoría en la que los terapeutas mayormente realizan conductas de retroalimentación y análisis de la información pero hay más casos en los que indagan acerca de la información proporcionada.

La categoría de programación de estímulos internos para la abstinencia mostró que los terapeutas realizan muy pocas indagaciones, retroalimentaciones o análisis de la

información, los terapeutas tienen problemas para trabajar con este tipo de información que compete a las sensaciones físicas, pensamientos y emociones.

En el programa de otras conductas alternativas se observó que los terapeutas tienden a retroalimentar los planes para motivar a los usuarios ficticios y analizan la información brindada para poder encontrar planes de acción viables y tener más de una opción con la que trabajar.

Las consecuencias inmediatas a las conductas alternativas mostraron más conductas de retroalimentación, y menos conductas de análisis e indagación de la información, en pocas ocasiones los terapeutas no realizaron ninguna conducta. Para las consecuencias a largo plazo, los terapeutas indagaron, retroalimentaron o no realizaron ninguna conducta (dejaron pasar la información).

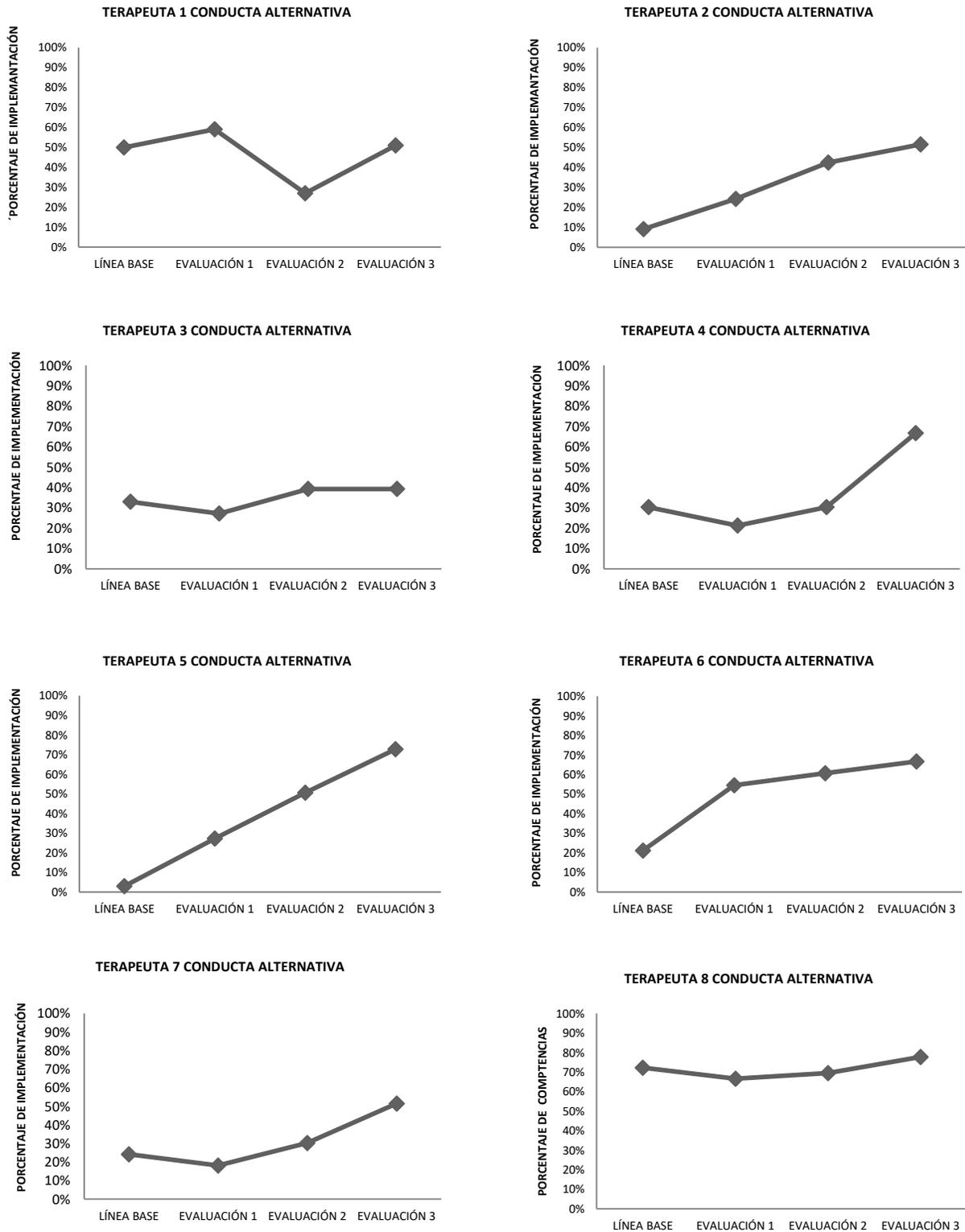


Figura 4. Nivel de implementación de programación de conducta alternativa de los ocho terapeutas evaluados durante su entrenamiento.

Competencias globales por terapeuta

Se evaluaron las competencias generales (habilidades y actitudes) de los terapeutas mediante el instrumento “IDEARSE”..

En los niveles de implementación de las competencias generales de los terapeutas se encontró que éstas superaron el 64% de inicio para todos los terapeutas, posteriormente alcanzaron desempeños desde 65% hasta 81%.

En la línea base 6 de 8 terapeutas obtuvieron desempeños por encima del 75%, y los otros 2 terapeutas iniciaron con de 64% y 67%, ningún terapeuta alcanzó el desempeño del 80% de sus competencias.

En la evaluación unos, 2 de los 8 terapeutas mantuvieron su desempeño de competencias en 78% y 64%; 4 de ellos decrementaron su desempeño y 2 más incrementaron su desempeño y pasaron de 67% a 72% y de 75% a 78%.

En la evaluación 2 uno de los casos que se mantuvo en la línea base y en la evaluación uno con 78% decremento su desempeño a 72%, de la misma forma otro participante pasó de 72% a 58% de desempeño en sus competencias. Hubo 4 casos en los que se encontró que los participantes incrementaron sus desempeños, pasaron de 64% a 75%; de 69% a 86%; de 72% a 75% y de 67% a 69%. Se encontró que 2 participantes mantuvieron su desempeño de la evaluación previa con 72% y 78%.

La última evaluación, la número tres, mostró incrementos en 5 de los 8 casos al compararlos con evaluaciones previas, en dos casos el desempeño que mostraron los terapeutas se mantuvo igual que en la evaluación previa, no obstante en 1 de los 8 casos el porcentaje decremento de 85% a 81%.

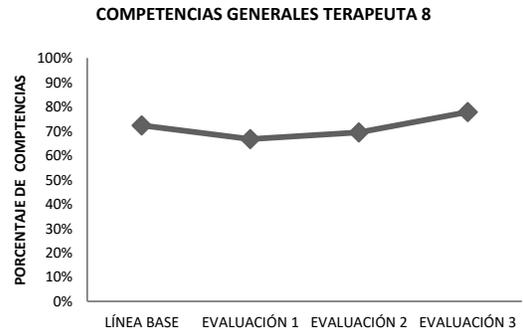
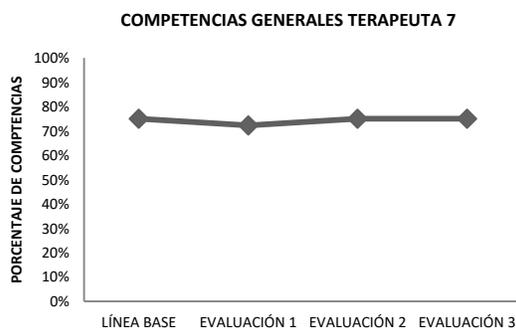
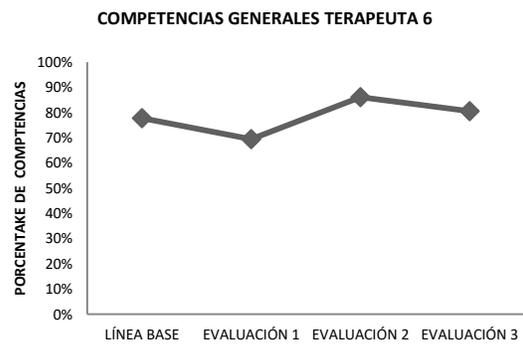
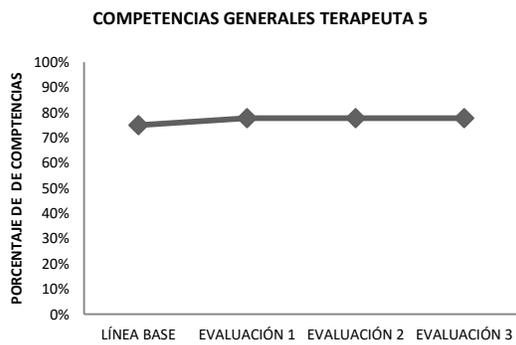
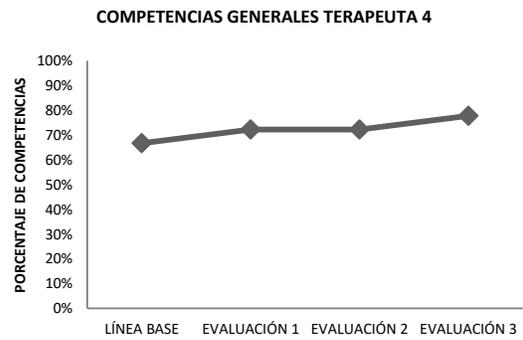
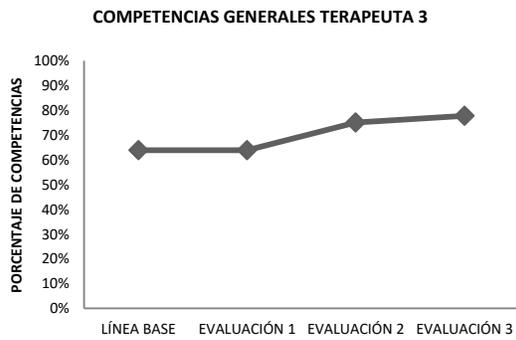
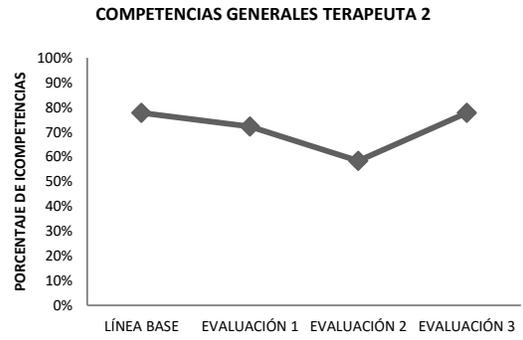
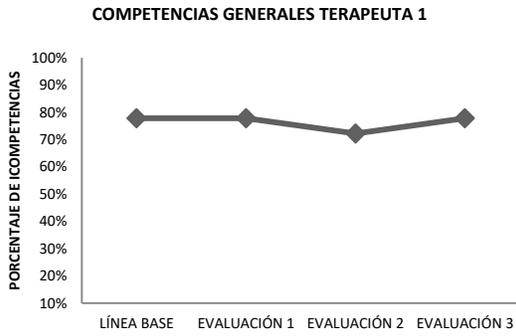


Figura 5. Nivel de implementación de competencias generales de los ocho terapeutas evaluados durante su entrenamiento

Habilidades por factores

Dentro de este mismo análisis de competencias se realizó uno específico de las habilidades y de actitudes por factores partiendo del instrumento IDEARSE, lo cual permitió observar las habilidades y actitudes empleadas en consejo breve (análisis funcional de la conducta y planeación de conducta alternativa). Los factores analizados fueron los siguientes:

Indaga

Los 8 terapeutas que participaron en este estudio obtuvieron 100% de habilidades en el factor indaga, este factor evalúa las indagaciones acerca del patrón de consumo y los problemas asociados al consumo.

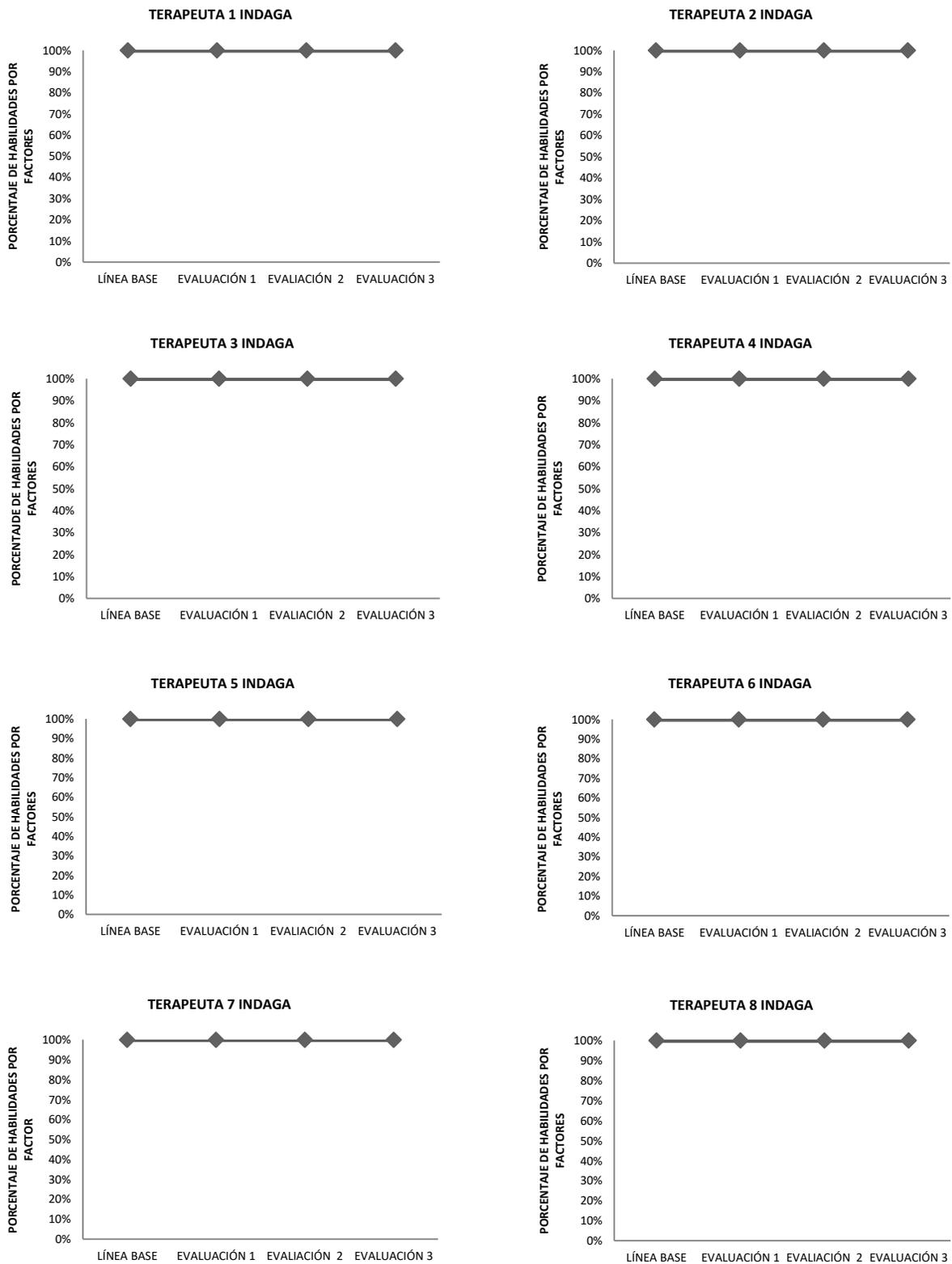


Figura 6. Nivel de implementación de la habilidad “Indaga” de los ocho terapeutas evaluados durante su entrenamiento

Dialoga

El factor dialoga evalúa que los profesionales indaguen el interés y motivación de la persona al cambio, que se realice un análisis de ventajas del consumo, y de las desventajas del consumo, y que se haga énfasis en las desventajas del consumo.

Los resultados mostraron que 6 de los 8 casos obtuvieron porcentajes en la línea base de 100%, los otros 2 participantes obtuvieron 50% y 75%. En la evaluación uno 3 participantes mostraron mantenimiento del 100%; en 3 terapeutas hubo un decremento del 25% y en 1 más el decremento fue del 50%; únicamente se observó un incremento de 25% que pasó de 75% a 100% en la implementación de sus habilidades.

En la evaluación 2, un terapeuta incrementó su desempeño, de 25% a 75% y otro terapeuta mostró un incremento del 50%; aumentando de 50% a 100%. Ocurrió que los porcentajes del desempeño de las habilidades de los terapeutas decrementaron en tres terapeutas, en 4 participantes el porcentaje de la evaluación previa se mantuvo; en un caso con 100% y el resto con 75%.

En la evaluación tres se observaron 3 incrementos, dos de 75% a 100% y uno de 50% a 100%, 4 terapeutas mantuvieron sus porcentajes en habilidades (uno con 100% y los demás 75%), un último terapeuta decremento el porcentaje.

Los resultados que se mostraron como en la línea base estuvieron relacionados con el dialogo de las ventajas del consumo, en los resultados en los que se observó un decremento los participantes no mostraron dialogo de las ventajas del consumo.

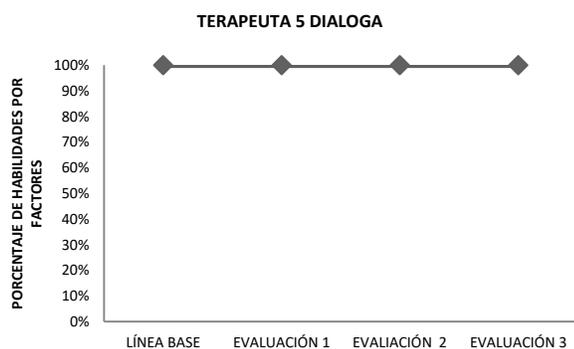
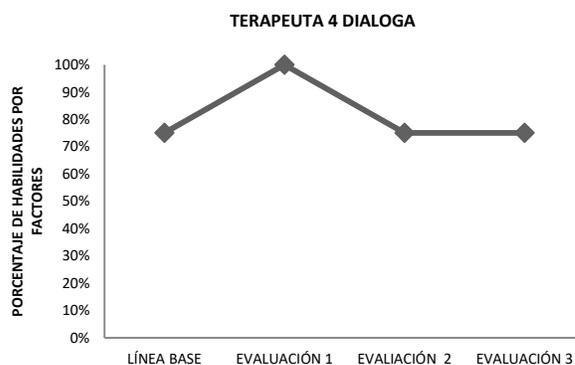
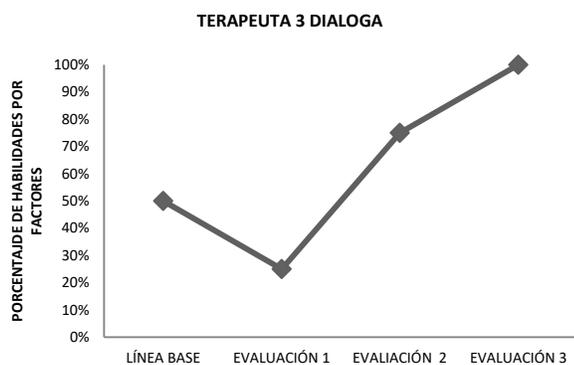
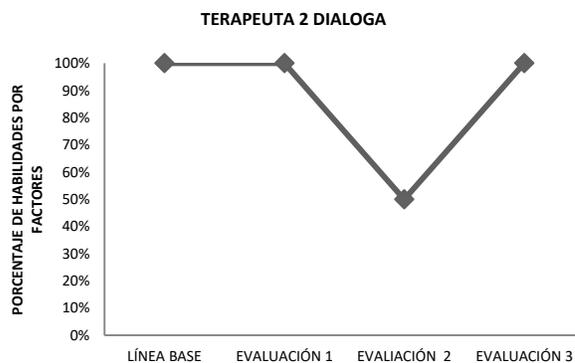
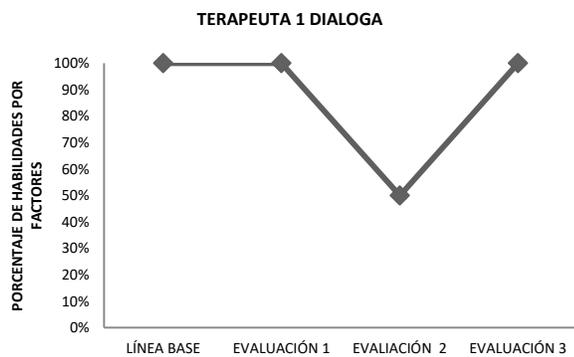


Figura 7. Nivel de implementación de la habilidad “Dialoga” de los ocho terapeutas evaluados durante su entrenamiento.

Establece metas

Establece metas es el factor en el que se observó a 4 terapeutas mantener su porcentaje en implementación de sus habilidades con 29% y 43%. En la evaluación uno el mantenimiento de porcentaje se observó en 4 participantes, se observaron 2 decrementos y se apreciaron 2 incrementos.

En la evaluación dos se observaron 6 incrementos de los porcentajes de los terapeutas, y 2 decrementos en los porcentajes. Finalmente en la evaluación tres se obtuvieron 2 incrementos en los porcentajes, 5 terapeutas que mantuvieron sus porcentajes y uno que decremento su desempeño.

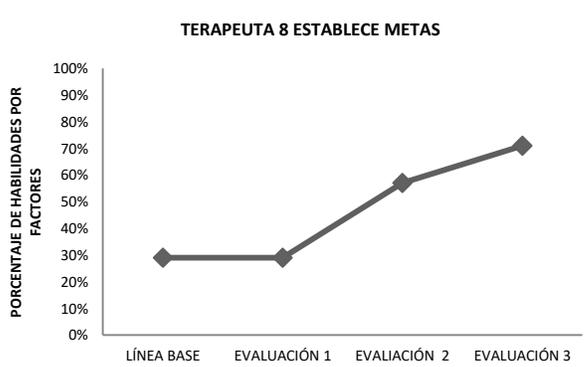
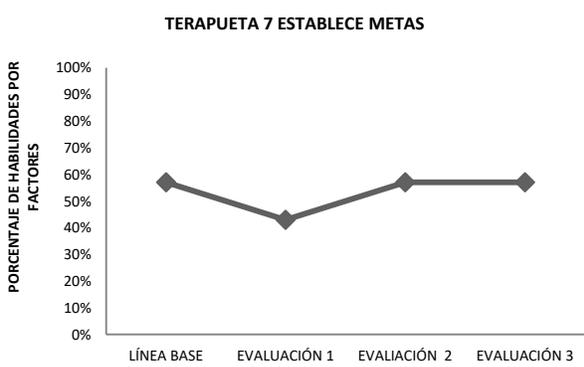
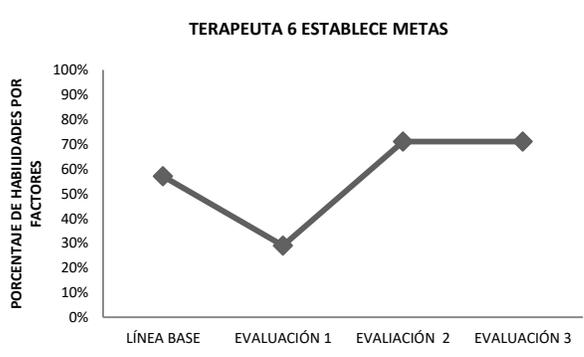
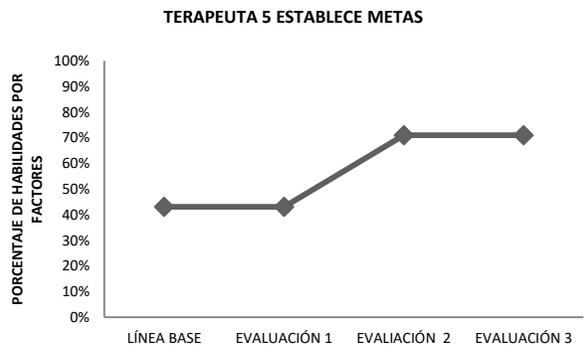
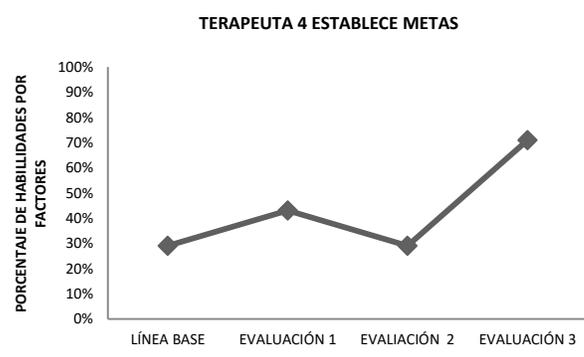
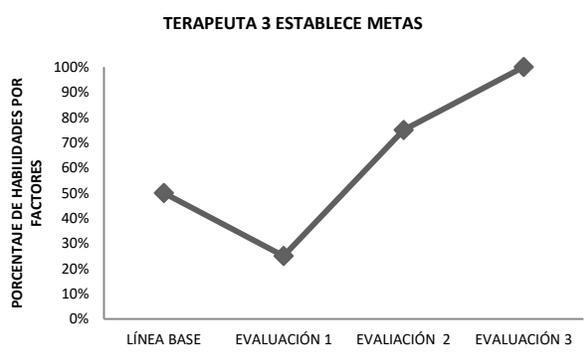
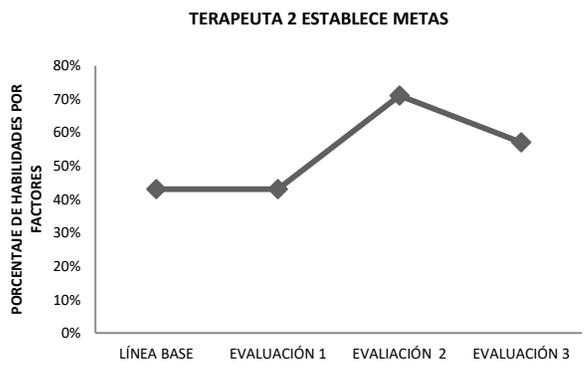
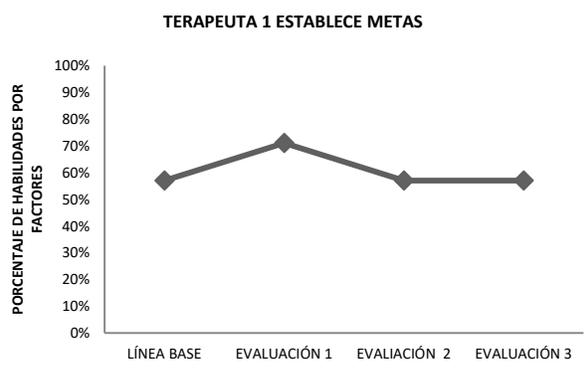


Figura 8. Nivel de implementación de la habilidad “Establece metas” de los ocho terapeutas evaluados durante su entrenamiento.

Acompaña Es el factor que menores porcentajes de habilidades mostraron, los porcentajes oscilaban entre el 0% al 20% de implementación de las habilidades.

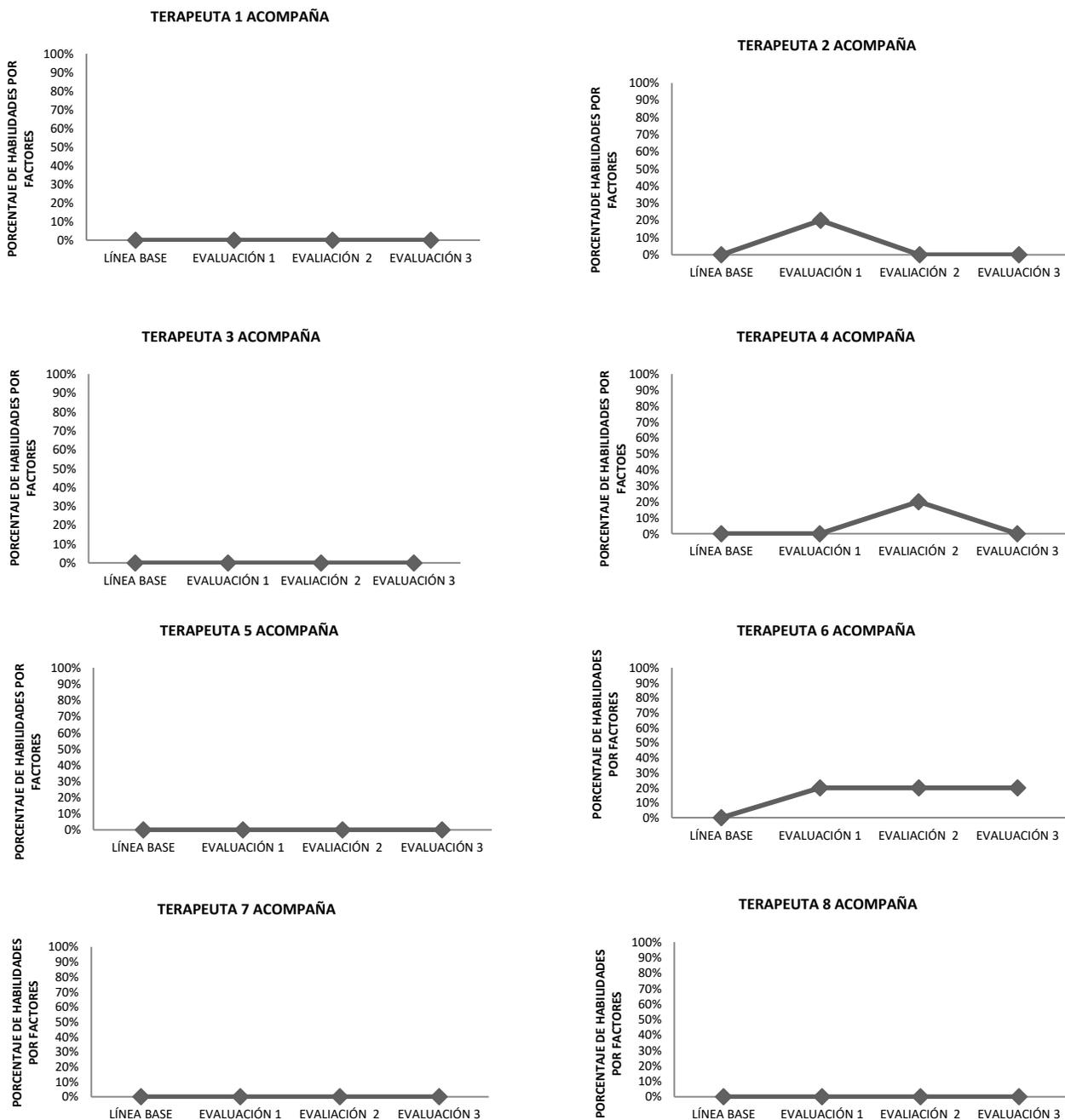


Figura 9. Nivel de implementación de la habilidad “Acompaña” de los ocho terapeutas evaluados durante su entrenamiento.

Retroalimenta

En el factor retroalimenta 6 de los 8 participantes obtuvieron 100% de implementación de habilidades tanto en la línea base como en las demás evaluaciones, 2 terapeutas mostraron niveles de habilidades en 67 y 71% en la línea base, el de 67% se mantuvo en la siguiente evaluación y el de 71% incrementó a 100% en la evaluación siguiente. Tan sólo en un participante se observó un decremento en la evaluación uno comparándola con la línea base pero incrementó al 100% en las evaluaciones dos y tres.

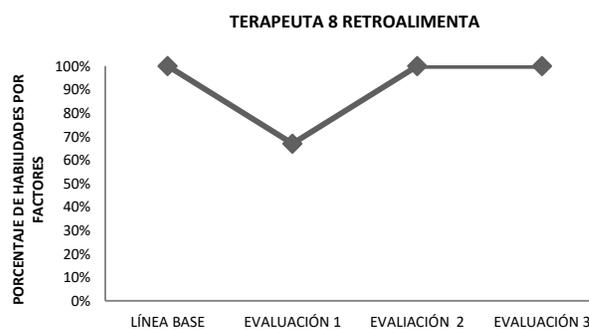
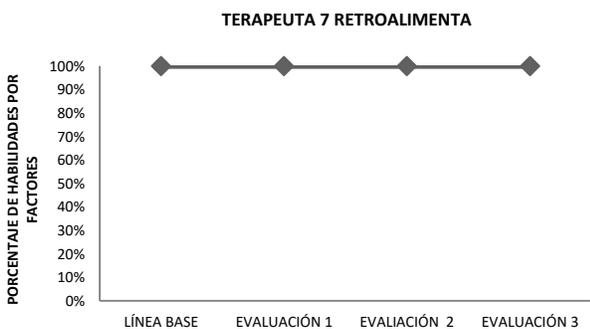
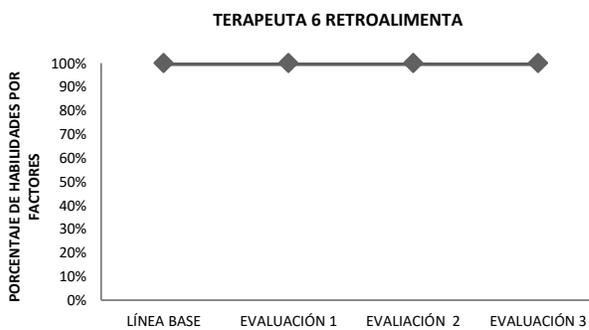
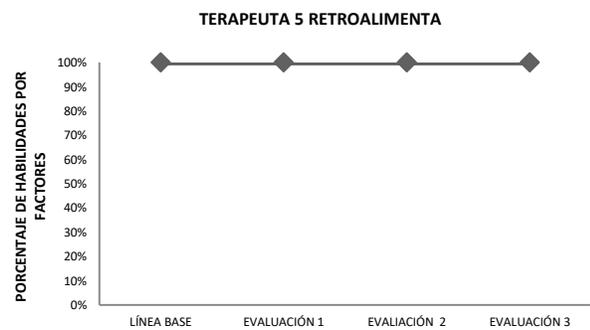
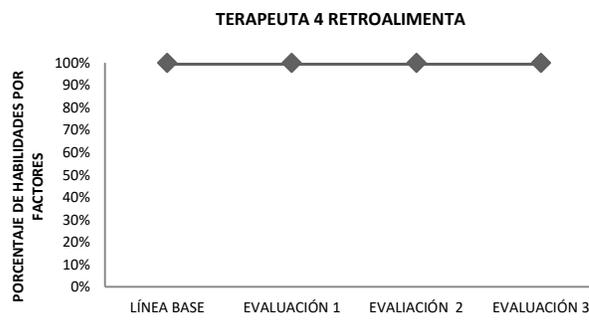
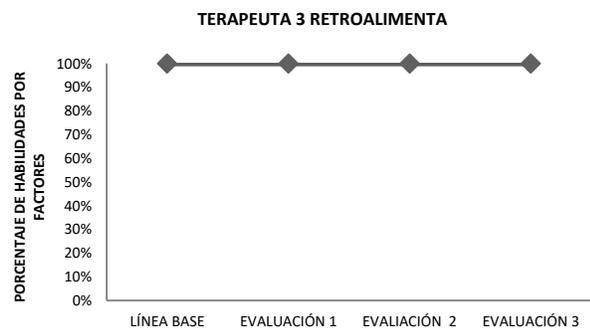
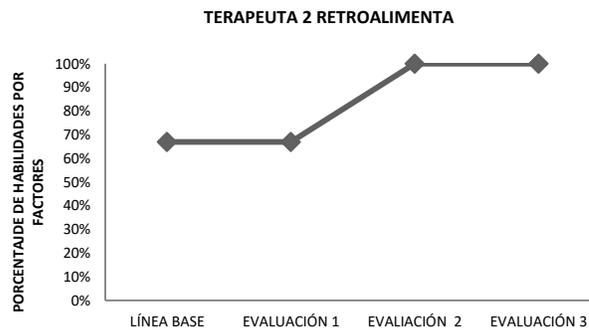
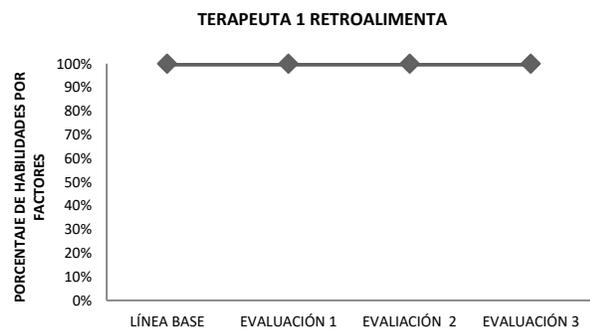


Figura 10. Nivel de implementación de la habilidad “Retroalimentación” de los ocho terapeutas evaluados durante su entrenamiento.

Seguimiento

En 3 terapeutas el seguimiento inició con 50% incrementando al 100% donde se mantuvo hasta la evaluación tres, y 5 terapeutas iniciaron con 100%, de los cuales en 3 su habilidad de seguimiento disminuyó al 50% en la evaluación uno; no obstante 2 de ellos incrementaron al 100% en las evaluaciones dos y tres; y el tercero se mantuvo en 50% para pasar al 100% en la última evaluación. Hubo 2 terapeutas que obtuvieron 100% en el uso de la habilidad de seguimiento en la línea base y evaluación uno pero decrementaron al 50% en la evaluación dos, y obtuvieron 100% en la evaluación tres.

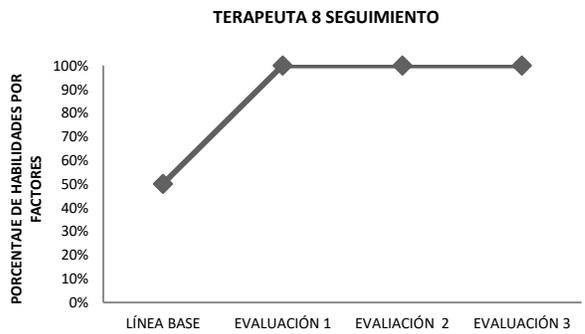
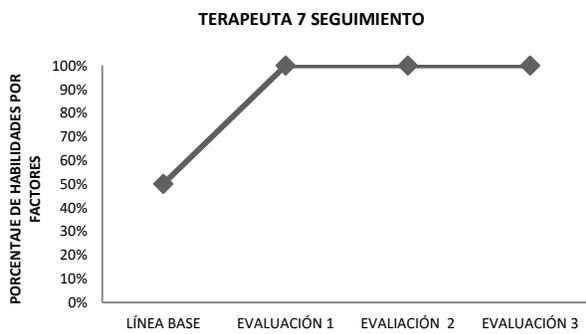
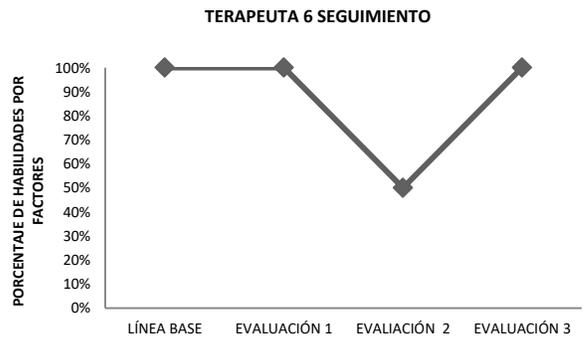
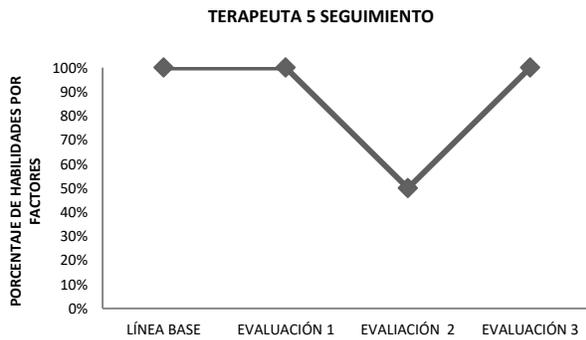
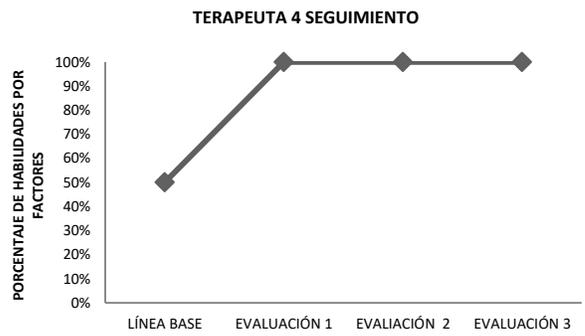
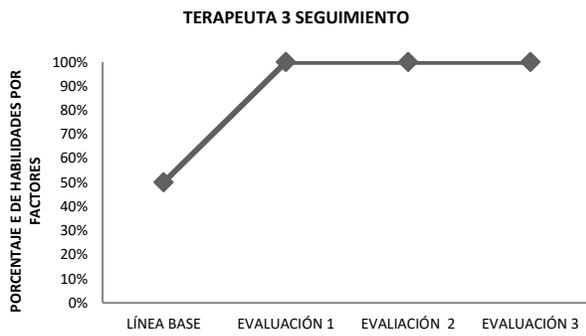
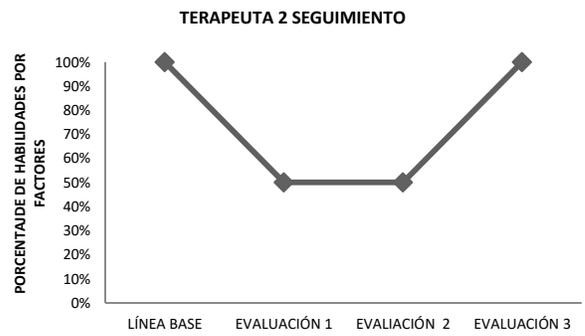
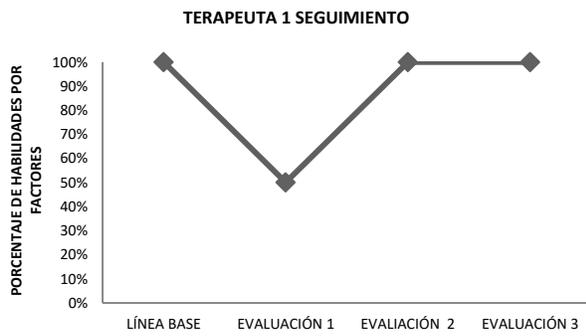


Figura 11. Nivel de implementación de la habilidad "Seguimiento" de los ocho terapeutas evaluados durante su entrenamiento.

Las actitudes al igual que las habilidades también se evaluaron en los factores de empatía y comunicación.

Los resultados obtenidos en el factor empatía mostraron que los 8 terapeutas tienen un 100% de esa actitud, tanto en la línea base como en todas las evaluaciones, esto de acuerdo a instrumento IDEARSE.

Este factor evaluó al confederado en 5 aspectos importantes de empatía: el terapeuta muestra un tono de voz tranquilo y claro, muestra empatía (se expresa con un tono de voz tranquilo y claro, muestra entendimiento de la situación, respeto y está abierto a escuchar la información que proporciona la otra persona).

Expresa asertiva y claramente la información con la persona con el usuario, muestra un lenguaje respetuoso con la persona, se muestra abierto a escuchar la información que proporciona la persona y expresa asertiva y claramente la información a la persona.

Estas conforman competencias importantes para un adecuado procedimiento de intervención pues de lo contrario el usuario de drogas se sentiría confrontado, atacado y desistiría en su intervención.

Los resultados sugieren que los participantes aplican la empatía en porcentajes altos, lo cual puede indicar que en las intervenciones reales muestren esta actitud de empatía.

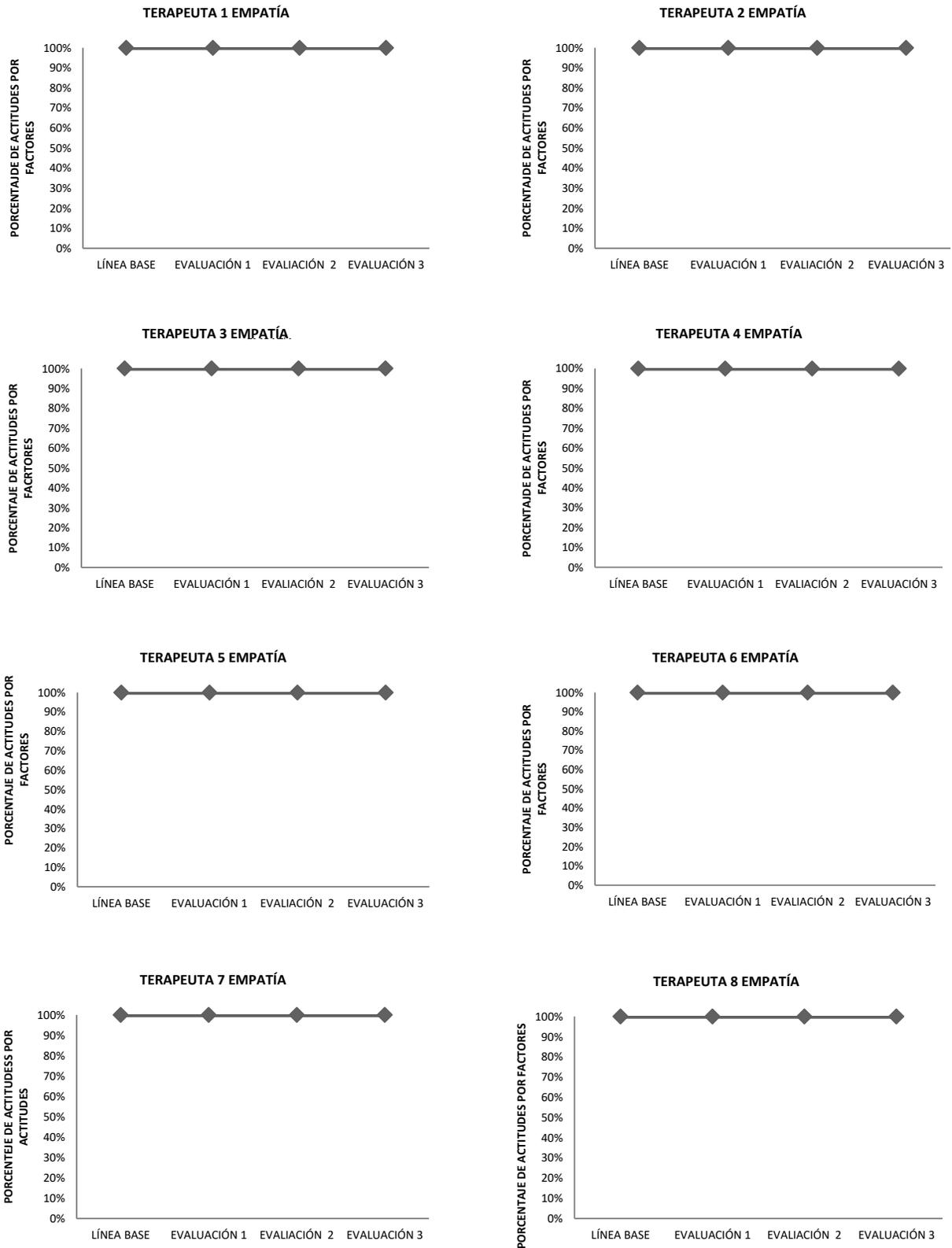


Figura 12. Nivel de implementación de la actitud de “Empatía” de los ocho terapeutas evaluados durante su entrenamiento.

En la evaluación de actitudes a los participantes se encontró que 6 de ellos obtuvieron un porcentaje de 100% de la actitud comunicación. En un caso se observó que el participante obtuvo un porcentaje en la evaluación 2 cerca del 40% de aplicación de la comunicación, un caso mostró un porcentaje del uso de la comunicación cercano a 80%.

El factor comunicación evaluó la disposición a resolver dudas y aclarar información, respeto a la decisión de la persona de realizar el cambio por sí mismo, si el participante evitó la confrontación con la persona, si evitó el uso de palabras altisonantes y por supuesto no realizar juicios de valor ante la información proporcionada por la persona

Estos resultados muestran en el caso de los participantes que obtuvieron el 100% de aplicación de estas competencias en las diferentes situaciones simuladas que realizan procedimientos óptimos hablando de la comunicación.

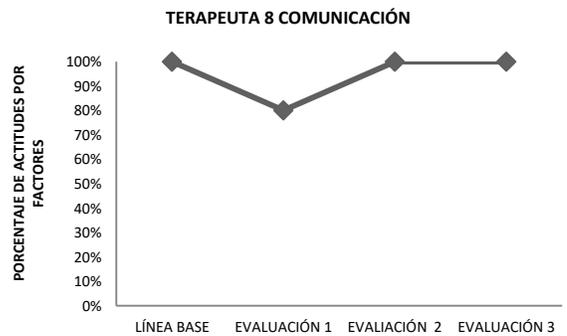
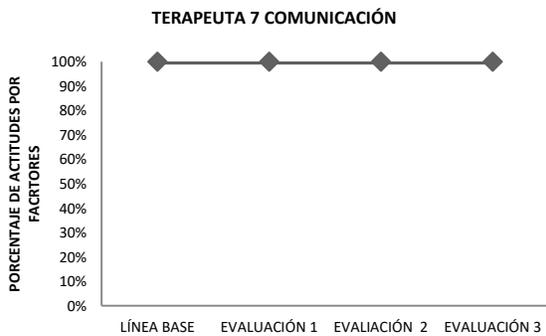
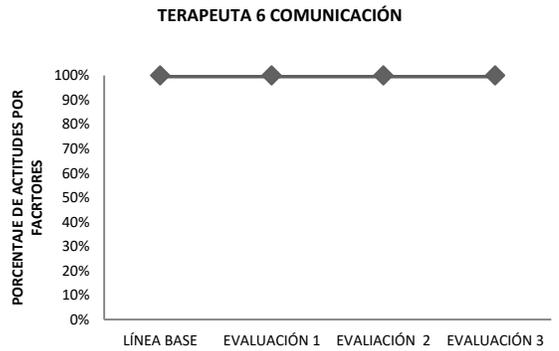
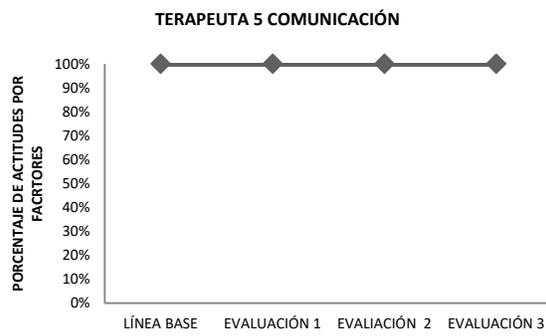
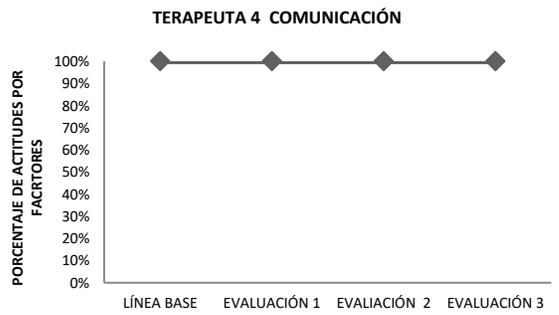
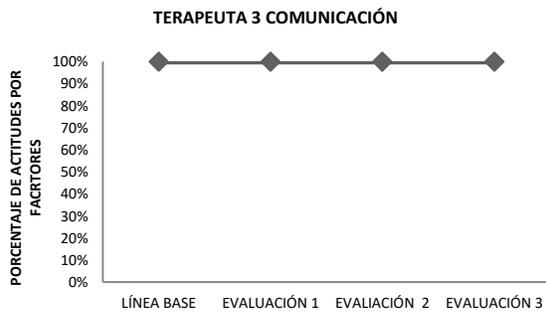
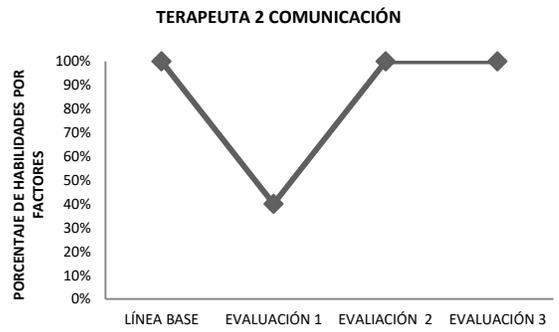
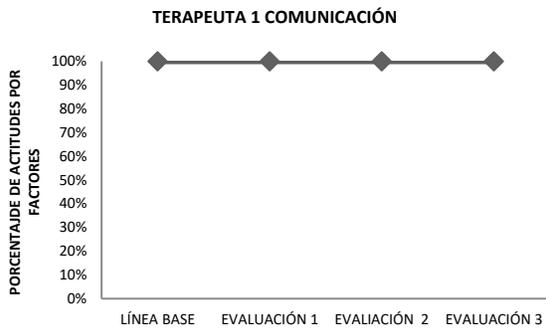


Figura 13. Nivel de implementación de la actitud de “Comunicación” de los ocho terapeutas evaluados durante su entrenamiento.

Discusión

Este trabajo de tesis se elaboró en dos fases en la primera fase se abordó la estandarización de una situación simulada como método de evaluación y en la segunda fase se evaluó competencias en la implementación de análisis funcional de la conducta y programación de conducta alternativa. Para la primera fase los confederados que participaron recibieron un entrenamiento en la situación simulada que implementaron. El entrenamiento proporcionado a los confederados se realizó para estandarizar a la situación simulada como método de evaluación conductual para lo cual se emplearon el acuerdo entre observadores (Iwata, et al., 2000) o la estabilidad de la aplicación del guión entre confederados (Bennet, et al., 2007) pues los registros conductuales mostraron que los confederados tuvieron fidelidad en los acuerdos entre ellos mismos y con otros observadores. Sin embargo los porcentajes obtenidos en los acuerdos individualmente son bastante altos en comparación con los porcentajes entre observadores.

Los altos porcentajes en los acuerdos intra-observadores podrían indicar una alta adherencia al guión, dado lo anterior se recomendaría ampliar el lapso entre registros, es decir, hacer registros con un mínimo de 48 horas de separación entre ellos para seguir manteniendo los niveles altos de adherencia que han mostrado los confederados.

Los porcentajes de acuerdos obtenidos en este trabajo de tesis están únicamente realizados por un observador, sería pertinente que en estudios futuros los porcentajes de acuerdos entre observadores fueran obtenidos por todos los observadores participantes de un estudio para así conocer la validez que existe para la situación simulada. Se considera que los porcentajes de acuerdos obtenidos tanto individualmente como entre observadores son bastante aceptables para estandarizar las situaciones simuladas como métodos de evaluación.

La adherencia a una estructura de un guión de situación simulada forma parte de los indicadores que permitieron que la situación simulada se estandarizara como método de evaluación (Iwata, et al., 2000; Bennet, et al., 2007) para ello es necesario conocer la estructura del guión y capacitar a los confederados en su correcta ejecución. Los criterios contemplados para adherencia fueron dos conductas instigar y responder, en este sentido se

esperó que los confederados lograrán adherencia al guión mínimamente de 80% y así fue, en 5 de los 6 casos reportados se obtuvo una adherencia superior al 80% esto indica que los confederados sí mostraron fidelidad en el procedimiento de evaluación y adherencia a la estructura de evaluación.

Es muy importante mencionar que en esta fase la ejecución de la situación simulada de uno de los 6 confederados fue mucho menor en comparación con los demás confederados por consiguiente su adherencia al guión también fue menor, este desempeño puede estar relacionado a dos circunstancias importantes, una es el entrenamiento en la estructura del guión para proporcionar correctamente los estímulos, y la segunda circunstancia podría estar relacionada a cuestiones de habilidades de actuación. Claramente si el confederado no consigue adherencia en la estructura de evaluación y aplica una situación simulada podría afectar el desempeño del evaluado. Se recomienda brindar a los confederados supervisión y retroalimentación de las aplicaciones de situaciones simuladas sobre todo cuando se trata de las primeras evaluaciones para evitar que se afecte la estandarización de la situación simulada y el desempeño de los terapeutas.

En relación a lo anterior sería de mucha importancia tener personal capacitado para aplicar guiones estandarizados de situaciones simuladas y que éstas sirvan como un método generalizable de evaluación de profesionales.

El análisis funcional es un elemento relevante debido a que es implementado durante toda la intervención breve, además es mediante un análisis funcional que se pueden planear conductas alternativas al consumo, un efectivo análisis funcional permite que toda la información recolectada en la evaluación se relacione directamente con los métodos terapéuticos (González & Juárez, 2016). Además el análisis funcional es una herramienta que permite entender cuáles son las conductas en las que un usuario necesita entrenarse durante su intervención de acuerdo a Barragán y colaboradores (2014).

Dado lo anterior es de gran importancia evaluar a los profesionales de la salud en la correcta implementación de este método de evaluación como lo nombran Iwata y Dozier (2008). Los participantes que fueron evaluados en la aplicación de análisis funcional de la conducta y planeación de conducta alternativa mostraron niveles de implementación iguales

o menores al 51% en análisis funcional, se espero que conforme el entrenamiento transcurrió los terapeutas mostraran un nivel de implementación del análisis funcional por encima del 80%, cabe resaltar que los participantes fueron mejorando la implementación de análisis funcional y planeación de conducta alternativa mientras su entrenamiento progresaba, sin embargo al final del entrenamiento no se observó que los niveles de implementación alcanzaran o superarán el 80% de implementación como se espero.

De acuerdo al Programa de Satisfactores cotidianos (2014) uno de los propósitos principales de la aplicación de un análisis funcional es identificar los precipitadores de consumo individuales en una cadena conductual relacionando está información con los resultados obtenidos se puede hipotetizar que los participantes cumplen sólo el 50% de este objetivo, es decir, los terapeutas presentan dificultades para obtener información sobre la los disparadores de consumo, sobre todo en el caso de disparadores internos. Con el objetivo de mejorar la aplicación del análisis funcional se sugiere contemplar más ensayos (situaciones simuladas con diferentes guiones) en el entrenamiento de los profesionales.

Estos resultados podrían deberse en parte a las instrucciones del guión donde se menciona que es una cita de primera vez, y que no es necesario traer información de otras sesiones, sin embargo el guión se diseñó para evaluar la aplicación de todos los elementos de un análisis funcional, esto quiere decir que los estímulos presentados a los participantes daban pauta a que el terapeuta obtuviera información de todos los elementos y en muchos casos en los que se brindaba un estímulo el terapeuta pasó por alto la información.

Otro de los elementos de los que se debe obtener información durante la aplicación de un análisis funcional es la conducta, y en el caso de la conducta se observó que durante la línea base, la evaluación 1 y en ocasiones la evaluación 2 los terapeutas no cuestionaron acerca de la duración de la conducta, siendo otro elemento reflejado en los resultados de los participantes al no alcanzar el 80% de implementación del análisis funcional esperado.

El análisis funcional no se centra únicamente en la conducta de consumo sino también analiza la conducta de no consumo, es decir, se realiza un análisis funcional de la conducta de no consumo (Iwata & Dozier, 2008). En este análisis se consideran todas las redes de apoyo, motivos, estrategias y habilidades de las que el individuo se vale durante

los periodos abstinencia o reducción del consumo, es por lo anterior que es importante buscar información sobre los intentos de dejar el consumo o de reducirlo y conocer además los recursos utilizados en estos casos para poder fortalecer estos recursos y ampliar su repertorio con más recursos.

Esta situación simulada no evaluó esta parte del análisis funcional (el de no consumo), sin embargo como otro elemento importante del análisis funcional debió tenerse en consideración por parte del evaluador e inclusive por el terapeuta. En pocas evaluaciones los terapeutas investigaron esta información pero no se abordó con profundidad porque no fue un elemento evaluado en el guión, se sugiere entonces en evaluaciones futuras contemplar este importante elemento en la evaluación.

En la evaluación de programación de conducta alternativa se observó que el desempeño de los terapeutas fue más alto que en el caso de análisis funcional en la última evaluación, pese a lo anterior el desempeño en la evaluación 1 y 2 fue muy similar al encontrado en análisis funcional. Cabe resaltar que el desempeño observado no sólo se debe al entrenamiento que recibieron los terapeutas sino también a los estímulos presentados por los confederados, los estímulos presentados por el confederado permitieron en muchas ocasiones que los participantes realizaran preguntas sobre la información; en algunos casos también la información proporcionada por los confederados fue desatendida, cabe resaltar que pese a las situaciones donde los estímulos eran ignorados los participantes incrementaron su nivel de implementación en la programación de conducta alternativa.

Las competencias generales evaluadas en la implementación del análisis funcional y conducta alternativa son superiores al 60% en todos los casos pero en ninguno de los participantes se pudo apreciar el 100% de implementación de competencias en análisis funcional ni en programación de conducta alternativa. De acuerdo al TAP 21 (2008) y usando de guía la estructura del guión se esperó que los participantes aplicaran las siguientes competencias:

Del fundamento 1 entender la adicción, se requería que los participantes describieran los efectos del alcohol (ver Anexo 5), se buscó que los participantes proporcionarían información acerca del nivel de consumo del usuario, que se evaluarán los

efectos crónicos, en el caso de la situación simulada serían las consecuencias negativas a largo plazo, por el nivel del consumo del usuario ficticio. En este aspecto sólo uno de los terapeutas en la evaluación 2 y 3 explicó el nivel de consumo junto a algunas de los efectos del alcohol, el resto de los participantes no explicaron el proceso de una adicción ni los efectos del alcohol. En todos los casos no se abordaron consecuencias negativas a largo plazo cómo sí estas no fueran elementos importantes en el análisis funcional, siendo estas los elementos que permiten crear disonancias cognitivas, y incrementar el nivel de motivación de un usuario respecto al cambio de su conducta de consumo (Programa de Satisfactores Cotidianos, 2014).

El fundamento 2 del TAP21 (2008) aborda aquellas competencias relacionadas al conocimiento de los tratamientos, fundamentos teóricos, procedimientos y modelos que mayor eficacia tienen para prevenir e intervenir en adicciones, la importancia de las redes de apoyo y recursos comunitarios, así como también el abordaje de un tratamiento interdisciplinario. Precisamente son estos conocimientos los que permiten aplicar correctamente las intervenciones mayormente eficaces de acuerdo al nivel de consumo y las características del individuo (Instituto Nacional de Abuso de Drogas, 2010; Palafox, et al., 2017), se toman decisiones basadas en evidencia en pro de la persona que necesite los servicios profesionales.

Las intervenciones que más eficacia han mostrado en el tratamiento de las adicciones son las intervenciones breves cognitivo-conductuales (Instituto Nacional Sobre el abuso de Drogas, 2010; Organización Mundial de la Salud, 2001; Carroll, Fenton, Ball, Nich, Frankforter, Shi & Rounsaville, 2004; National Institute on Drug Abuse, 2010; 2014; Miller 1999; Martínez, Pedroza, Vacío, Jiménez & Salazar (2008); Salazar, Pérez, Ávila & Vacío, 2012; Oropeza, Medina –Mora & Sánchez, 2007), la estructura de estas intervenciones posee componentes de los que se debe investigar para obtener información de las habilidades, estrategias, redes de apoyo necesarias para lograr la abstinencia o la reducción del consumo, en este sentido los participantes tuvieron oportunidad de realizar un breve entrenamiento de habilidades de afrontamiento como estrategia de las intervenciones breves con algunos estímulos del guión que correspondían a la insistencia de los amigos para ir a consumir, la dificultad de la hora de salida, los cuales fueron elementos

presentados en la sección de Programación de conducta alternativa y además representaron situaciones de riesgo.

Estos estímulos que involucraron situaciones de riesgo para el consumo en muchas ocasiones no formaron parte de las preguntas que los terapeutas realizaban a los confederados, cuando esto ocurrió el confederado presentó el estímulo pertinente para que esa forma el terapeuta obtuviera información sobre las situaciones de riesgo y posteriormente se facilitara la elaboración de planes de acción, sin embargo los terapeutas en diferentes ocasiones desatendieron los estímulos presentados lo que repercutió en su desempeño. Además se observó que durante esta sección de programación de conducta alternativa los participantes buscaron terminar la situación simulada antes de generar planes de acción alternativos al consumo, lo cual forzó al confederado a presentar los estímulos restantes de forma poco natural para así evaluar en su totalidad las competencias del terapeuta.

En esta situación simulada no se evaluó que los terapeutas investigaran acerca de las redes de apoyo y recursos comunitarios, sin embargo algunos terapeutas exploraron el apoyo de la familia, el esposo, amigos y centros de ayuda comunitarios. Sería importancia considerar incluir estímulos que aborden brevemente la importancia de conocimientos de las redes de apoyo en guiones futuros como parte de las intervenciones

En las competencias en el fundamento 3 se destaca la importancia de la descripción de criterios de diagnóstico establecidos para los trastornos por consumo de sustancias, y de las modalidades de intervención, así como de la variedad de estrategias de ayuda para reducir los efectos negativos del consumo sustancias y de la adaptación de estas estrategias y modalidades de intervención (U.S. Department of Health and Human Services, 2006). En este sentido el participante debió crear estrategias personalizadas junto al usuario ficticio para reducir los efectos negativos del consumo, es decir, guiar los planes de acción.

En la evaluación de estas competencias se observó que hubo estímulos del guión de la sección de programación de conducta alternativa en los que se tuvo mayor facilidad de obtención de información por parte de los participantes (programa de estímulos externos de la abstinencia y programa de conductas alternativas al consumo) por otra parte los

terapeutas mostraron dificultades en la obtención de información del programa de estímulos internos disparadores de la abstinencia, esta facilidad y dificultad forman parte de un mismo continuo porque el terapeuta al brindar el mismo opciones de planes de acción limita al usuario pues no le permite generar sus propias opciones de planes, por lo que el terapeuta ya no es guía de los planes de acción más bien se vuelve generador de planes y esto podría dificultar que el usuario se adhiera a los planes de acción porque siente impuestos los planes de conducta y no se permite que el usuario decida basado en sus expectativas y necesidades (Hughes & MacNauthon, 2002) . Las actividades que se planean deben ser propuestas por el usuario para tener mayores probabilidades de realizarse (Barragán, et al., 2014). Además de lo descrito anteriormente, el terapeuta tiene dificultades para atender los estímulos presentados por consiguiente se vuelve difícil obtener información del componente de programa de estímulos internos disparadores de la abstinencia.

En todas las categorías hubo al menos un estímulo investigado por el participante, ya sea por la estimulación o porque conocía que competencias emplear, pero es muy importante contemplar que todos y cada uno de los elementos del análisis funcional debieron indagarse por el participante antes de que el confederado emitiera cualquier estímulo, es igual de importante mencionar que en algunos casos el participante se mostraba nervioso y cometía olvidos por lo que el confederado debía estimular, estos casos el confederado instigó con un estímulo a lo cual los terapeutas debieron obtener información y por ende pudieron mostrar mayores conductas de “responder”.

El fundamento 4 proporciona información acerca de la preparación profesional: entender la importancia de su propia conciencia en lo personal y en la vida profesional y cultural, en otras palabras realizar automonitoreos de la propia conducta para evitar los juicios de valor y conductas de confrontación (Hughes & MacNauthon, 2002). Debido a toda la historia de vida del profesional es posible la observación de algunos juicios de valor, esto se presentó en las evaluaciones 1 de dos de los terapeutas, (“deja de lado las consecuencias positivas, enfócate en las negativas”, “¿Abstinencia, mejor reducción para que sea más fácil ti”) se debe considerar que los objetivos de intervención del terapeuta pueden alejarse de los objetivos del usuario y esto puede provocar que se presente

resistencia (Balcells, Torres & Yahne, 2004) al transcurrir el entrenamiento que este tipo de actitudes dejaron de presentarse. Esta competencia está mayormente dirigida hacia las actitudes del propio terapeuta.

Con el objetivo de apreciar mejor las competencias de los terapeutas se separaron en habilidades y actitudes, por ello que se optó por utilizar los factores del instrumento IDEARSE.

En el conjunto de competencias generales se observó que los porcentajes de su implementación superaron el 60% y en algunos casos alcanzaron el 80%, sin embargo al factorizar las categorías evaluadas en habilidades y actitudes se observaron diferencias en los porcentajes de implementación.

En el caso de la habilidad “Indaga” no hubo mayores problemas en la obtención de información por participante cuando se evaluó con la lista cotejable IDEARSE debido a que en este instrumento no se desglosó qué elementos formaron parte del reactivo aquí únicamente se evaluó si el participante indagó el lugar de consumo y con quién consumía por ello el reactivo fue calificado como correcto (presentó la habilidad) aunque no indagara todos los elementos del patrón del consumo, sin embargo se observó más conflictos para los terapeutas en la obtención de información cuando se evaluó con la lista cotejable del nivel de implementación de principios básicos porque este instrumento desglosó los elementos del patrón de consumo y se evaluó cada uno de ellos, esta es una de las causas por las que se aprecia un nivel de implementación de competencias generales inferior al 70% en comparación con los resultados de IDEARSE.

Lo anterior ocurrió de la misma manera cuando se calificó la conducta de indagar sobre los problemas asociados, los profesionales tuvieron dificultades en la obtención de información de los problemas asociados al consumo a largo plazo negativos y positivos, e inmediatos positivos, los terapeutas no investigaron sobre estos problemas para poder más adelante explorar las ventajas y desventaja del consumo, creando discrepancias internas para fomentar la autoeficacia en relación al no consumo (Balcells, et al., 2004), estos terapeutas sólo identificaron las consecuencias negativas inmediatas.

Las fluctuaciones en los porcentajes de la habilidad “Dialogar” se corresponden en gran medida a que los participantes no analizaron las ventajas del consumo siendo estas elementos esenciales que mantienen a la conducta de consumo, puede deberse a que los terapeutas restan importancia a este tipo de ventajas positivas del consumo para evitar que el usuario se centre en ellas, sin embargo el análisis de estas ventajas permite conocer los elementos de la cadena conductual que mantienen el consumo y en qué nuevas conductas se ha de entrenar al usuario para romper la cadena de consumo (González & Juárez, 2016).

En la habilidad “establece metas” las principales dificultades se ubican en identificar el nivel de intervención, explicar los efectos de la sustancia, analizar ventajas de y desventajas de la reducción o suspensión del consumo, y la escucha reflexiva. Se puede decir que la habilidad de establecer metas es también de mucha importancia en la implementación de análisis funciona porque aunque en esta situación simulada no fue necesario identificar el nivel de intervención porque en las instrucciones de aplicación se menciona el nivel de abuso sí es muy importante conocer el nivel de consumo pues proporciona información del patrón de consumo, de los efectos del consumo y por ende de las consecuencias de éste, esta información sirve para poder referir a la persona al tipo de intervención que necesita. Si bien el guión de situación simulada no evaluó las desventajas de la reducción o suspensión del consumo, lo esperado fue que los terapeutas sin estímulos proporcionados por el confederado realizaran preguntas al usuario ficticio sobre estos elementos importantes del análisis funcional que permite por un lado, conocer las expectativas de la persona ante la reducción o el no consumo, y por otro permite que el terapeuta vaya recolectando información para el entrenamiento de habilidades y estrategias de afrontamiento (Balcells, et al., 2004).

La escucha reflexiva es una herramienta de la entrevista motivacional empleada en las intervenciones breves, se trata de un proceso activo donde el terapeuta escucha lo que el usuario verbaliza y devuelve una reflexión o resumen de la información (Miller & Rollnick 1991) en forma de hipótesis y de pregunta para evitar resistencias y construir un entorno de aceptación, sin enjuiciamiento, comprobando la información en lugar de sólo asumirla (Rubio & Gil, 2013), se observó en los resultados de este trabajo que los participantes si presentaron escucha reflexiva en diversas ocasiones a lo largo de los cuatro momentos de

evaluación. En relación a esto es de mucha importancia mencionar que la escucha reflexiva va permitir que el terapeuta esté atento a toda la información que el usuario proporcione y de esa forma se pueda aumentar la autoeficacia del usuario cuando exista información para trabajar autoeficacia.

Acompaña fue la habilidad que tuvo menores o nulos porcentajes de uso, ya antes Morales y colaboradores (2013) habían obtenido resultados donde precisamente la habilidad de “acompaña” fue la más baja, esto pudo haber ocurrido en este estudio porque la situación simulada no tenía estímulos instigadores para esta habilidad sin embargo como elemento del consejo breve se esperó que los terapeutas realizaran acompañamiento (explicar el proceso de una adicción; explicar verbalmente, modelar, solicitar un ensayo de la conducta o habilidad que el usuario necesite realizar para llevar a cabo sus plan de acción, y brindar retroalimentación de la conducta o habilidad).

Retroalimenta, fue una de las habilidades en la que los terapeutas obtuvieron porcentajes altos y en la que pocas ocasiones ocurrieron decrementos, esos decrementos están, como anteriormente se comentó, relacionados a que los participantes pasaban por alto los estímulos pertinentes para la programación de conducta alternativa específicamente en los obstáculos que pudieron presentarse para llevar a cabo los planes de acción (situaciones de riesgo); en la elaboración de opciones para enfrentar esos obstáculos, en ocasiones los terapeutas proporcionaban el plan de acción y otras veces desatendían el estímulo presentado; y en la especificidad del plan de acción, los terapeutas presentaron dificultades para identificar el contexto para llevar a cabo un plan de acción (lugar, hora, día, compañía, acciones necesarias de cómo realizar el plan), todos estos elementos de la programación de conducta alternativa brindar una alta probabilidad de que los planes alternativos al consumo se realicen siempre y cuando la programación sea adecuada (Programa de Satisfactores Cotidianos, 2014).

La habilidad de “seguimiento” evaluó la guía de terapeuta para con el usuario en el planteamiento de una meta, además se empleó seguimiento como estrategia para incrementar la probabilidad de realizar los planes de acción, e identificar las necesidades adicionales así como brindar referenciación a otros servicios de ser necesario, si bien la

situación simulada no evalúa estos aspectos en el registro del instrumento IDEARSE si se contemplaron y registraron todas las conductas que aborda esta habilidad. Las conductas presentadas en “seguimiento” fueron la guía hacia una meta de consumo, los terapeutas preguntaban “¿Qué te gustaría hacer con el consumo, dejar de beber o reducir” e incluso muchas ocasiones esta pregunta era realizada desde un comienzo de la situación simulada; la otra conducta ocurría al finalizar la situación simulada, en ese momento los terapeutas otorgaron una “cita para la siguiente semana” con las palabras: “¿Qué te parece si te veo la siguiente semana y me cuentas qué tal te fue con estos planes que acabamos de hacer?”.

Por último en la evaluación mediante IDEARSE se contemplan actitudes como la empatía y la comunicación.

La empatía forma un principio básico en las intervenciones breves, mediante la escucha reflexiva el terapeuta puede comprender la perspectiva, los sentimientos y valores de cada usuario y con ello crear un espacio de confianza y seguridad para buscar más información, y resolver dudas y ambivalencias (Balcells, et al., 2004), esta parece ser una actitud con la que todos los participantes cuentan, entonces los terapeutas fueron percibidos como empáticos de acuerdo al instrumento IDEARSE, es decir, hablaron con tono de voz tranquilo y claro, fueron respetuosos, estuvieron abiertos a escuchar la información y resolver dudas, y toda la información que proporcionaron fue asertiva y clara.

La comunicación fue una actitud en la que la única dificultad observada se presentó con los juicios de valor, al propiciar un espacio de comodidad la persona se siente comprendida, no juzgada y aceptada por lo que se siente en confianza para comentar su problema al terapeuta esto propicia una disminución de la resistencia a la intervención por parte de la persona (Torres, 2010).

Todos los participantes incrementaron su desempeño con respecto al desempeño de la línea base tras el entrenamiento proporcionado, estos resultados coinciden con los hallazgos de otras investigaciones (Morales, et al., 2013; Bennet, et al., 2007; Sholomskas, et al., 2005; Iwata, et al., 2000).

Este estudio mediante la evaluación de competencias permitió conocer el desempeño de cada profesional en el uso de competencias (habilidades y actitudes) adquiridas durante un entrenamiento en la implementación de análisis funcional de la conducta de consumo y la planeación de conducta alternativa, e igual de importante este estudio permitió visualizar las oportunidades de mejorar que tienen los terapeutas, es posible que el desempeño de los profesionales incremente en la práctica con usuarios ficticios (como los usuarios en este estudio) para no afectar a usuarios reales, con el único objetivo de brindar mejores servicios a quiénes los necesitan.

Se recomienda la constante evaluación de las competencias de los profesionales de la salud que laboran en el campo de las adicciones, por ejemplo, en este estudio los resultados permitieron conocer que la evaluación es importante para poder brindar mejores servicios de atención a los usuarios de drogas. Estos participantes con entrenamiento en residencia en adicciones presentaron importantes datos acerca del entrenamiento en adicciones.

La información permite observar que es necesario un entrenamiento no sólo que este centrado en lo teórico sino también en la implementación, un entrenamiento más exhaustivo de las intervenciones breves podría contemplar la viabilidad de realizar co-terapia un semestre antes (durante el entrenamiento de los participantes se realizó co-terapia en el tercer semestre), o bien, incluir en el entrenamiento, lo que Fairburn (2011) llama evaluaciones conductuales estandarizadas, es decir, situaciones simuladas para evaluar los efectos del entrenamiento.

El TAP 21 (2006) menciona la importancia de la supervisión progresiva y la educación continua en la prestación de servicios del cliente, el profesional que ha sido evaluado en las competencias adquiridas durante un entrenamiento y ha mostrado un bajo desempeño en la evaluación podría brindar servicios que perjudiquen a un usuario, por lo cual se recomienda la aplicación de situaciones simuladas como método de evaluación de competencias.

Este estudio permitió el uso de las situaciones simuladas como método de evaluación en las que se pudo practicar competencias y observar su adquisición de

competencias durante un entrenamiento, sin embargo es importante recordar que las situaciones simuladas son un ambiente artificial que busca ser lo más parecido a un ambiente real por lo que se sugiere evaluar la implementación de competencias en el desempeño profesional con el usuario que solicita la atención psicológica.

Conclusiones

El objetivo general en esta investigación fue evaluar los efectos de un entrenamiento en la adquisición de competencias en implementación del análisis funcional de la conducta y planes de acción en consumo de sustancias. Los resultados que se obtuvieron a lo largo de entrenamiento de los participantes mostraron que los niveles de implementación de análisis funcional y programación de conducta alternativa fueron incrementando conforme el entrenamiento transcurrió, sin embargo es de mucha importancia mencionar que alguna evaluación la mayoría de los confederados mostraron un decremento en su desempeño, por lo cual sería pertinente preguntarse acerca de estos decrementos ¿cuáles serían los elementos del análisis funcional y de la programación alternativa en los que los terapeutas presentaron mayores problemas?, esta investigación mostró que los principales problemas se relacionaron al poco o nulo análisis de las ventajas que brinda el consumo de sustancias y también al análisis funcional de la conducta de no consumo, es decir, el análisis de todas aquellas conductas que le permiten a una persona realizar acciones saludables o diferentes al consumo para ayudarlo a evitar consumir sustancias.

De la misma forma es imperativo preguntarse ¿cuáles son las causas o razones por las cuales los participantes no lograron obtener niveles de implementación de 100% en sus evaluaciones? ¿Haría falta reforzar constantemente los aprendizajes adquiridos durante el entrenamiento para asegurar que los profesionales de la salud, en este caso psicólogos en adicciones, realicen los óptimamente los procedimientos, es decir, tengan una adherencia alta a los procedimientos? Es por ello que este trabajo permite reflexionar acerca de la pertinencia de una revisión de los programas de entrenamiento en los que los profesionales se entrenan y por supuesto permite reflexionar acerca de la evaluación continua de las competencias de nuestros profesionales proporcionando retroalimentación contingente de la implementación de servicios profesionales, además de valerse también en el campo educativo de mayores ensayos conductuales y modelamientos ocurra una mayor adherencia a los procedimientos de las intervenciones breves.

Además la incorporación de métodos de evaluación distintos a los exámenes escritos u orales o bien exámenes estandarizados, más bien métodos que permitan poner en

práctica las competencias de nuestros futuros profesionales, este trabajo propone el método de evaluación mediante situaciones simuladas, ya que posee ventajas muy importantes, por una parte permite la evaluación de competencias específicas de un campo y por otro lado permite el ensayo de esas competencias con la gran ventaja de ensayar con usuarios ficticios permitiendo que no se afecten a los usuarios reales, además mediante este método se pueden obtener un sinnúmero de videgrabaciones que pueden utilizarse dentro del mismo método para reforzar competencias, no menos importante es que este método de evaluación también permite la retroalimentación contingente.

Sería muy importante considerar la adición de situaciones simuladas a los planes de estudio de las universidades pues no son únicamente un método de evaluación sino también pueden llegar a ser un elemento clave en el campo de la psicología, sobre todo en la formación de quienes realizan intervención psicológica.

El adecuado empleo de las competencias profesionales permite brindar servicios de calidad a las personas que lo necesitan, y además se le da el pertinente reconocimiento y prestigio a la labor psicológica como ciencia ya que muestra resultados basados en evidencia. ¿Cómo saber que el empleo de competencias es adecuado? Esta pregunta es simple, para saber que la labor terapéutica que se realiza es competente es necesario evaluar las competencias.

Es muy importante evaluar las competencias de nuestros profesionales con método válidos que permitan identificar no solamente los conocimientos que los profesionales han adquirido, pues es igual de importante los conocimientos que pueden plasmarse en un hoja de papel como las acciones que se llevan a cabo durante la práctica adecuada. Como psicólogos profesionales y competentes es parte de nuestra responsabilidad ética poseer los conocimientos de las intervenciones breves así como hacer uso de todas las competencias adquiridas durante el entrenamiento que se haya recibido.

REFERENCIAS

- Alonso-Marín, P. (2010). La importancia y el nivel de desarrollo de las competencias en psicología. *Psicología desde el Caribe*, 25, 84-107.
- Ayala, H. (1991). El resurgimiento del análisis funcional en el tratamiento conductual: Procedimientos vs resultados. *Revista Mexicana de Análisis de la conducta*, 17, 119-140.
- Ayala, H. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta comportamentalia*, 1, 71-93.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L & Gutiérrez, M. (1995). Resultados iniciales de un programa autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*, 18, 18-24.
- Babor T. & Higgins- Biddle J. (2001). Intervención Breve para el consumo de riesgo y Perjudicial de Alcohol, *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=1430&Itemid=40861&lang=es
- Bados A. &García E. (2011). HABILIDADES TERAPÉUTICAS. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf>
- Baer, D., Wolf, M., & Risley, T. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Balcells, M., Torres, M., Yahne, C., (2004). La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Adicciones*, 16, 27-236.
- Ballesteros B., González D. & Peña T. (2010). Competencias disciplinares y profesionales del psicólogo en Colombia. Asociación Colombia Facultad de Psicología. Recuperado de: http://www.ascofapsi.org.co/portal/archivos/Competencias_profesionales_psicologia.pdf el 20 de agosto de 2017.
- Barraca, J. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de tercera Generación. *Clínica y Salud*, 20(2), 109-177.
- Barragán L., Flores M., J. Medina-Mora M. & Ayala H. (2007). Modelo integral de satisfacción cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 28 (1), 61-71.
- Barragán L., Flores M., Morales S., González J., Martínez M. & Ayala, H. (2014). Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas: Manual del Terapeuta. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/prog_satisf_cotidianos.pdf
- Beidas R. & Kendall P. (2010). Training Therapists in Evidence-Based Practice: A Critical Review of Studies From a Systems-Contextual Perspective. *NIH Public Access*, 17(1), 1-30.
- Becoña E. (2003). Psicología de la salud y adicciones: perspectiva terapéutica. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21, 71-106.

- Bennet G., Roberts H., Vaughan T., Gibbins J & Rouse L. (2007). Evaluating a method of assessing competence in Motivational Interviewing: A study using simulated patients in the United Kingdom. *Addictive behaviors*, 32, 69-79.
- Berruecos L. (2007). El consumo de drogas en la ciudad de México. *El Cotidiano*, 22, 105-133.
- Carroll K., Fenton L., Ball S., Nich C., Frankforter T., Shi, J. & Rounsaville B. (2004). Efficacy of Disulfiram and Cognitive Behavior Therapy in Cocaine-Dependent Outpatients A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 264-272.
- Carroll, K.; Sholomskas, D.; Syracuse, G.; Ball, S.; Nuro, K. & Fenton, L. We don't train in vain: A dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73(1):106-115, 2005.
- Caycedo, C., Ballesteros, B. & Nova M., (2008). Análisis de un protocolo de formulación de caso clínico desde las categorías de bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, 7(1), 231-250.
- Cerda, H. (1991). Los elementos de la investigación, Bogotá, Colombia: El buhó.
- Chávez J., Arellano V. y González J. (2010). Prevención de Recaídas Centros de Integración Juvenil Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. Manual de aplicación. Recuperado el 30 de noviembre de 2017, de Centro de integración Juvenil (CIJ) Sitio web: <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualPrevRecaidas.pdf>
- Corvetto, M., Bravo, P., Montalva, R., Utili, F., Escudero, E., Boza, C.,..., Dagnino J. (2013). Simulación en educación médica: una sinopsis. *Revista Médica de Chile*, 141, 70-79.
- Cruz, S. (2014). Los efectos de las drogas. De sueños y pesadillas, 2°. ed. México: Editorial Trillas.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU (2008). COMPETENCIAS PARA CONSEJERÍA EN ADICCIÓN. Recuperado de <http://www.attcnetwork.org/regcenters/productDocs/1/productpdf/Manuales/TAP21/TAP21.pdf>
- Díaz L. (2011). La Observación. Recuperado de Facultad de psicología, UNAM: http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf
- European Certificate in Psychology (2015). EuroPsy Básico. Recuperado de EuroPsy Sitio web: <http://www.europsy.cop.es/index.php?page=competencias-de-los-psicologos>
- Fairbun, C. G. & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 373-378.
- Feliú, P. & Rodríguez, N. (1996). Manual descriptivo y de aplicación de la prueba de estilo gerencial (PEG01). *PsicoConsult*. Recuperado de https://www.academia.edu/8072509/LA_MEDICINA_DE_LAS_COMPETENCIAS_1
- Flores F., Ramírez A., Hernández R. Méndez M. & Sansories-Martínez R. (2009). Comparación del éxito para dejar de fumar a largo plazo en sujetos con EPOC y sin

- EPOC. *REVISTA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS*, 22 (1), 21-28.
- Fuentes J. & Quiroga, E. (2004). Los principios irrefutables del análisis funcional de la conducta y del conductismo radical. *Psicothema*, 16(4), 555-562.
- Galván, J., Serna, G. & Hernández A. (2008). Aproximación de las redes sociales: una vía alterna para el estudio de la conducta de uso de drogas y su tratamiento. *Salud Mental*, 31, 391-402.
- Garza, B., Hernández M. & Zamora, A. (2015). Competencias profesionales para la atención de las adicciones, en los programas de licenciatura en enfermería de la universidad autónoma de Querétaro, México. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=498150319012> el 20 de agosto de 2017.
- Godoy J., Muela J., Sánchez-Barrera, M., Sánchez-Huete, J., Pérez, M., Martínez, J., Anguiano, I.,...Marí, -Beffa P. (1995). MARCADORES DE VULNERABILIDAD/FACTORES DE PROTECCIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA. *Psicología Conductual*, 3(1), 35-46.
- González, A., Fabelo, J., Naranjo, W. (2013). Competencias para la intervención en adicciones, una necesidad en la formación de psicólogos. *Revista Educación Médica del Centro*, 5, 212-223.
- González, M. & Juárez, L. (2016). Análisis funcional en terapia breve cognitivo-conductual centrada en soluciones. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19, 1027-104.
- González, V. (2002). ¿Qué significa ser un profesional competente? Reflexiones desde una perspectiva Psicológica. *Revista Cubana de Educación Superior*, 22, 45-53.
- Hanley, G., Iwata, B., McCord, B. (2003). Functional Analysis of Problem Behavior: A review. *JOURNAL OF APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS*, 36(2), 147-185.
- Heather N. & Kaner E. (2001). Intervenciones breves: una oportunidad para reducir el consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 13, 463-474.
- Herschell, A., Kolko, D., Baumann, B. & Davis, A. (2010). The Role of Therapist Training in the Implementation of Psychosocial Treatments: A Review and Critique with Recommendations. *Clinical Psychology Review*, 30, 466.
- Hughes P. & MacNaughton G. (2002). Preparing early childhood professionals to work with parents: The challenges of diversity and dissensus. *Australian Journal of Early Childhood*, 28(2), 14-20.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2015). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas. Retrieved from: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/investigacion/ENCODE_DROGAS_2014.pdf
- Iwata B., Wallace M., Kahng S., Lindberg J., Roscoe E., Conners J., Hanley G., Thompson R. & Worsdell A. (2000). Skill Acquisition in the Implementation of Functional Analysis Methodology. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, 181-194.

- Iwata B. & Dozier C. (2008). Clinical Application of Functional Analysis Methodology. *Published OnlineSpring*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2846577/>
- Jiménez, A. & Santoyo C. (2015). Identificación de patrones conductuales en la interacción usuario-terapeuta: un sistema de observación. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 41, 65-87.
- Jones F., Passos C. & Melro O. (2015). Simulation in Medical Education: Brief history and methodology. *Principles and Practice of Clinical Research*, 1(2), 56-63.
- Keawe'aimoku J., Godoyb A., O'Brien W., Haynesa N., & Gavinob A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24, 117-127.
- Lane C., Hood K. & Rollnick S. (2008). Teaching motivational interviewing: using role play is as effective as using simulated patients. *Medical Education*, 42, 673-644.
- Lefio, L., Villarroel, S., Rebolledo, C., Rivas, P., & Zamorano, K. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Revista panamericana de salud pública*, 3(4), 257-266.
- López, A. & García, E. (2011). Habilidades Terapéuticas. *Universitat de Barcelona*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf>
- Marlatt, G. & Gordon, J. (1985). Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York, Guildford Press.
- Marín R., Fernández J., Hernández A., Templos, L., Graue J., Galván D.,..., Berlanga C. (2013). Consideraciones metodológicas y éticas para la conducción de ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECCA) sobre intervenciones para las adicciones. *Salud Mental*, 36, 53-265.
- Manríquez L., (2012). ¿Evaluación de competencias? *Estudios Pedagógicos*, 33 (1), 353-366.
- Mañeru G. (2015). Fundamentos pedagógicos de la simulación educativa en el área sanitaria: competencias docentes. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?id=eEGwDAAAQBAJ&pg=PA44&lpg=PA44&dq=simulaciones+edwin+a.+link&source=bl&ots=kq6C7Toerd&sig=0bXw6V0rY_cvqmmJvtC7VdWeUCs&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjunPn48fjWAhXr5oMKHRk_AccQ6AEIMzAC#v=onepage&q=simulaciones%20edwin%20a.%20link&f=false
- Martínez, N., Medina-Mora, M., Berenzon, S. (2010). La búsqueda de moderación en el consumo de alcohol. Adaptación de los conocimientos a la práctica. *Salud Mental*, 33(2), 161-167.
- Martínez K., Pedroza F., Vacío M., Jiménez A., & Salazar M. (2008). Consejo breve para adolescentes que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34, 245-262.
- Miller G. (1990). The Assessment of Clinical Skills, Competence , Performance. *Academic Medicine*, 65(9), 63-67.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York, NY, US: The Guilford Press.

- Moore, J., Edwards, R., Sterling-Turner, H., Riley, J., DuBard, M., & McGeorge A. (2002). Teacher acquisition of functional analysis methodology. *JOURNAL OF APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS*, 35, 73-77.
- Moore, J. & Fisher, W. (2007). The Effects of videotape modeling on staff acquisition of functional analysis methodology. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 10, 197-202.
- Morales S., Martínez K., Carrascoza C., Chaparro A. & Martínez M. (2013). Evaluación de habilidades de consejo breve en el ámbito de las adicciones *Salud y drogas*, 13, 109-116
- National Institute on Drug Abuse (2014). Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento La Ciencia de la Adicción. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro>
- National Institute on Drug Abuse (2010). Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones>
- Neri-Vela (2017). El origen de los simuladores en Medicina. *Primer encuentro internacional de Simulación 2017*. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/uns171c.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2018). Informe Mundial Sobre las Drogas: Resumen, Conclusiones y Consecuencias en Material de Políticas. Recuperado de https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf
- Okiishi J., Lambert M., Eggett D., Nielsen L. & Dayton D. (2006). An Analysis of Therapist Treatment Effects: Toward Providing Feedback to Individual Therapists on Their Clients' Psychotherapy Outcome. *Journal of clinical Psychology*, 62(9), 1157-1172.
- Organización de los Estados Americanos (2013). El problema de las drogas en las Américas: Capítulo 2 Drogas y Salud Pública. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf
- Orgaz I., Matías T., Luque A., Moreno Agostino, D., Aranda E., Morales C.,..., Márquez González, M. (2016). Guía para la Elaboración de un Análisis Funcional del Comportamiento Humano: Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de <https://www.google.com.mx/search?q=Gu%C3%ADa+para+la+Elaboraci%C3%B3n+de+un+An%C3%A1lisis+Funcional+del+Comportamiento+Humano%3A&oq=Gu%C3%ADa+para+la+Elaboraci%C3%B3n+de+un+An%C3%A1lisis+Funcional+del+Comportamiento+Humano%3A&aqs=chrome..69i57.543j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Oropeza R., Medina-Mora M. & Sánchez J. (2007). Evaluación de un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *Revista Mexicana de Psicología*, 24, 219-231
- Ortega, V. & Rodríguez J. (2004). Escala de Hábitos y Conductas de Consumo: evidencias sobre dimensionalidad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 121-136.

- Palafox G., Morales S., Félix V., López F., Martínez K & Vázquez J. (2017). Transferencia y Adopción de las Intervenciones Breves para la Prevención de Recaídas en Adicciones. Organización de los Estados Americanos, 104.
- Pedrero E., Fernández R., Casete L., Bermejo M., Secades R. & Gradolí V. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. *Ministerio de Sanidad y Consumo*, 156.
- Pérez, M. (2013). Simulación clínica como método de evaluación y acreditación de competencias profesionales. *Departamento de enfermería. Universidad de Cantabria*. Recuperado de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3002/PerezSotoM.pdf?sequence=1>
- Plazas, E. (2006). B. F. Skinner: La búsqueda de orden en la conducta voluntaria. *Universitas Psychologica*, 5(2), 371-383.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Towards a Systematic Eclectic Framework*. USA: Dow Jones Irwin, Homewood.
- Rodríguez-Martos A. (2002). Efectividad de las técnicas de consejo breve. *Adicciones*, 14 (1), 337-351.
- Rojas E., Real T., García S. & Medina M. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*. 34, 351-365.
- Rubio A. & Gil B. (2013). Entrevista motivacional: una herramienta en el manejo de la obesidad infantil. *Pediatría Atención Primaria*, 15(23), 133-141.
- Salas R. & Aranza P. (1995). La simulación como método de enseñanza y aprendizaje. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 9, 1-2.
- Salazar M., Pérez J., Ávila O., Vacío M. (2012). Consejo breve a universitarios que consumen alcohol en exceso: resultados iniciales. *Psicología y Salud*, 22, 247-256
- Secretaría de Salud (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodad-2016-2017-136758>
- Segura, M., Prieta, P. & Barbado P. (2006). Curso especialista en psicoterapia: Enfoque cognitivo conductual.
- Sharpless B. & Barber J. (2009). A Conceptual and Empirical Review of the Meaning, Measurement, Development, and Teaching of Intervention Competence in Clinical Psychology. *National Institutes Health*, 29(1), 47-56.
- Sholomskas D., Syracuse-Siewert G., Rounsaville B., Ball S., Nuro K. & Carroll K. (2005). We Don't Train in Vain: A Dissemination Trial of Three Strategies of Training Clinicians in Cognitive-Behavioral Therapy. *NIH Public Access*, 73(1), 106-155.
- Thomas y Poznyak. (2012). Hay que mejorar el acceso de los drogodependientes a la atención sanitaria. 15 de abril de 2018, de Organización Mundial de la Salud (OMS) Sitio web: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/drug_use_20120626/es/
- Torres, G. (2010). La entrevista motivacional en adicciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 170-187

- Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Recuperado de <http://psicologia.posgrado.unam.mx/wp-content/uploads/2016/12/Plan-de-Estudios-Pa%CC%81gina-Web.pdf>
- Wallace, M., Doney, J., Mintz-Resudek, C. & Tarbox, R. (2004). Training educators to implement functional analyses. *JOURNAL OF APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS*, 37(1), 89-92.
- Zapata, M. (2010). Evaluación de competencias en entornos virtuales de aprendizaje y docencia universitaria. *Revista de Educación a Distancia. Sección de Docencia Universitaria en la Sociedad del Conocimiento*, 1.

ANEXO 1

Lista Cotejable de Estandarización del usuario Ficticio.

Categoría	Estímulo	CONDUCTA
0. Instrucciones	a. Lee las instrucciones	
1. Disparadores externos de consumo	a. Siempre consumo en la misma situación	
	b. Siempre consumo con los mismos amigos	
	c. Siempre consumo en los mismos lugares	
	d. Siempre consumo el mismo día	
2. Disparadores internos de consumo	a. Siempre me pongo igual antes de consumir.	
	b. Siempre pienso lo mismo antes de consumir	
	c. Siempre siento lo mismo antes de consumir	
3. Descripción operacional de la conducta de consumo	a. Siempre consumo lo mismo	
	b. Siempre consumo las mismas cantidades	
	c. Siempre me tardo lo mismo en consumir	
4. Consecuencias positivas inmediatas de la conducta consumo	a. Hay varias cosas que me gustan de beber	
	b. Al día siguiente me acuerdo de las cosas buenas de beber	
5. Consecuencias negativas inmediatas de la conducta de consumo	a. He notado algunas cosas malas de beber.	
	b. He tenido problemas con algunas personas	
	c. Me han pasado otras cosas por beber	
	d. Me he sentido físicamente mal después de beber	
6. Consecuencias positivas a largo plazo de la conducta consumo	a. He tenido muchas cosas buenas por beber.	
7. Consecuencias negativas a largo plazo de la conducta de consumo	a. Me asusta lo que pueda pasar si sigo bebiendo.	
	b. Me dan miedo las consecuencias en mi trabajo	
	c. Me preocupa mi salud	
8. Programa estímulos externos para la abstinencia	a. Podría hacer algo para no consumir.	
9. Programa estímulos internos para la abstinencia	a. Podría pensar algo para ayudarme a no consumir.	
	b. Creo que me sentiría bien si no consumo	
10. Programa conductas alternativas al consumo	a. Podría planear algo específico para no consumir	
b. Establece consecuencias positivas inmediatas a las conductas alternativas al consumo	a. Creo que si no tomara los viernes, me podría ir mejor.	
c. Establece consecuencias positivas a largo plazo a las conductas alternativas al consumo	a. Creo que si no consumo, a la larga tendré muchos beneficios.	
d. Programa otras conductas alternativas para enfrentar obstáculos	a. Si eso no me sale, puedo pensar en otra opción.	
	b. Mis amigos pueden ser muy insistentes.	
	c. A veces ya salgo bien tarde del trabajo.	

I= Instigar; R= Responde; /= Omite

Anexo 2

Guión de Situación simulada

Instrucciones: A continuación vas a entrevistar a un usuario de 30 años de edad, que trabaja en una compañía de seguros en el área de finanzas. Tiene esposa, viven juntos en un departamento rentado y presenta abuso de alcohol. Realiza con el análisis funcional de su conducta de consumo y lo guíes a realizar planes de acción para lograr la abstinencia en la semana.			
CATEGORÍA	ESTÍMULO	POSIBLE RESPUESTA TERAPEUTA	RESPUESTA USUARIO (DIÁLOGO)
11. Disparadores externos de consumo	He notado / me he fijado que siempre consumo en la misma situación.	¿En qué situaciones consumes? / ¿Qué pasa antes de que consumas?	Generalmente saliendo del trabajo.
	Siempre consumo con las mismas personas	¿Con quién consumes?	Siempre tomo con mis amigos Mario y Carlos. Son bien fiesteros, la verdad siempre te están haciendo reír. A veces van otros amigos, pero si no van Mario y Carlos, yo me abro.
	Casi siempre consumo en los mismos lugares	¿En dónde consumes?	Nos gusta mucho ir a los bares del centro de Coyoacán, al Hijo del Cuervo, o a la Mezcalería. Me gusta un buen la música que ponen ahí, como rock, y la comida también está buena.
	Casi siempre consumo el mismo día	¿Cuándo consumes?	Casi siempre vamos en viernes, saliendo del trabajo, o a veces entre semana o hasta llegamos a ir los sábados, pero de ley, son los viernes.
12. Disparadores internos de consumo	He notado / me he fijado que siempre me pongo igual antes de consumir.	¿Cómo te pones antes de consumir?, ¿Cómo te sientes físicamente antes de consumir?	Ya cuando es viernes, como a eso de la una de la tarde, como que me empiezo a poner inquieto, siento que se me hace agua la boca de pensar en una chela o en un tequilita. Siento a veces hasta que me sudan las manos, como de ansias.
	Siempre pienso lo mismo antes de consumir	¿Qué piensas antes de consumir?	Ese día pienso que hemos tenido mucho trabajo o una semana muy pesada y que ya nos lo merecemos y si es quincena más todavía. Yo trabajo mucho, y el viernes es más relax para mí. A veces ya desde el jueves ando pensando en que al día siguiente vamos a echar desmadre en la tarde.
	Siempre siento lo mismo antes de consumir	¿Qué sientes antes de consumir?, ¿Cómo te sientes antes de consumir?	Me siento feliz, contento, como muy emocionado de salir con los amigos.
13. Descripción operacional de la conducta de consumo	He notado / me he fijado que siempre consumo lo mismo.	¿Qué consumes?	Me gusta la cerveza y el tequila.
	Casi siempre consumo las mismas cantidades	¿Cuánto consumes?	Siempre empiezo tranquilo, con dos cervezas, pero ya luego de eso, vienen los caballitos de tequila y si me tomo como unos cinco o seis.
	Casi siempre me tardo lo mismo en consumir	¿Cuánto tiempo te tardas en consumir un trago? / ¿Cuánto tiempo dura toda la situación en	Póngale que llegamos como a las 5 al bar, como de 5 a 6, 6:30 me tomo las dos cervezas. Ya luego de eso, me tomo un primer caballito, pero luego nos da por echar fondos, y sí me tomo los otros ya muy

		la que consumes?	rápido, uno tras otro, más tardan en servirnos que en lo que ya me los tomé.
14. Consecuencias positivas inmediatas de la conducta consumo	La verdad es que hay varias cosas que me gustan de beber	¿Qué consecuencias positivas o cosas agradables suceden inmediatamente después de que consumes? / ¿Cómo te sientes después de consumir?	La verdad es que me la paso muy bien, sí me relajo, me divierto, te digo que estos amigos son de esa gente que te hace reír siempre. Y me gusta la música y la comida del lugar, y luego hasta se arma el karaoke y me animo a cantar, yo creo que en mis cinco sentidos no me subía a hacer el ridículo.
	Al día siguiente me acuerdo de las cosas buenas de la fiesta	¿Qué piensas inmediatamente después de consumir?	Pienso que estuvo muy divertido, que beber me hace ser más sociable.
15. Consecuencias negativas inmediatas de la conducta de consumo	Aunque también he notado algunas cosas malas de beber.	¿Qué consecuencias negativas o desagradables tienes después de consumir?, ¿Qué pasa después de que consumes?	Luego sí gasto mucho dinero, y si es quincena peor, porque me da por invitar las rondas de tequila.
	He tenido problemas con algunas personas	¿Has tenido problemas con otras personas?	La última vez tuve una discusión muy fuerte con mi novia porque ya llegué bien tarde y se pone peor que mi mamá. Además que al día siguiente tenía que pagar la renta y ya con lo que gasté, ni dinero tenía.
	Me han pasado otras cosas por beber	¿Te ha pasado algo desagradable después de haber consumido? / ¿Has tenido algún accidente?	También me ha parado el alcoholímetro, pero le di una mordida al poli y me dejó ir.
	Me he sentido mal después de beber	¿Cómo te sientes al día siguiente?	A veces bromeo con mis amigos de que ya estoy ruco, porque la cruda me da bien feo. Al día siguiente me siento bien mal, me duele un buen la cabeza y ando vomite y vomite.
16. Consecuencias positivas a largo plazo de la conducta consumo	He tenido muchas cosas buenas por beber.	¿Qué consecuencias a largo plazo has tenido por el consumo?	Me siento bien de salir con esos amigos, porque todo el mundo los ubica, y así he conocido a mucha gente, incluso a mi novia la conocí ahí.
17. Consecuencias negativas a largo plazo de la conducta de consumo	Me asusta lo que pueda pasar si sigo bebiendo.	¿Has tenido problemas económicos?	Ya siento que gasto mucho dinero y he fallado con mi parte de la renta. Mi novia la ha tenido que poner toda algunos meses. Luego se lo pago, pero al momento sí es un problema.
	Me dan miedo las consecuencias en mi trabajo	¿Has tenido problemas en el trabajo?	Ya también he tenido problemas en el trabajo, porque los viernes a veces me he ido antes de mi hora y luego el jefe me busca y yo ya estoy muy feliz en Coyoacán.
	Me preocupa mi salud	¿Has tenido problemas de salud?	Hace poco fui al doctor y ya me dijo que tenía gastritis, me recetó unos medicamentos bien caros.
PLAN DE ACCIÓN			
18. Programa estímulos externos de la abstinencia	Podría hacer algo para no consumir.	¿Qué puedes hacer antes del viernes para evitar consumir?, ¿Qué se te ocurre que puedes planear para no consumir?	Lo que puedo hacer es un plan el viernes con mi novia. La puedo invitar al cine.

19. Programa estímulos internos disparadores de la abstinencia	Podría pensar algo para ayudarme a no consumir.	¿Qué podrías pensar, que te ayude a no consumir?	Con ese plan ya pensaría que tengo un compromiso con ella y que no puedo fallar-
	Creo que me sentiría bien si no consumo	¿Cómo crees que te vas a sentir antes de llevar a cabo este plan?	Me sentiría tranquilo, porque evitaría los problemas con ella y no gastaría tanto dinero. A lo mejor me siento ansioso de no ir con Mario y Carlos, pero a veces me funciona cuando estoy así, ponerme mis audífonos y escuchar música.
20. Programa conductas alternativas al consumo	Podría hacer algo específico para no consumir	¿Qué puedes planear para no consumir?, ¿Cuándo lo vas a hacer?, ¿Cómo?, ¿Con quién?, ¿En dónde?	Voy a invitar a mi novia al cine el viernes, compraré los boletos desde el miércoles por internet y le voy a pedir que pase por mí al trabajo, como a las 4 que es a la hora que me puedo salir.
21. Programa conductas específicas para enfrentar obstáculos	Si eso no me sale, puedo pensar en otra opción.	¿Qué harías si tu plan no funciona? / ¿Qué harías si tu novia no quiere ir al cine?	Si mi novia me dijera que no a lo del cine, pues le propondría otra cosa, como ir a cenar, o algo que ella quiera y ya si no, pues creo que iría a ver a mi hermano, que acaba de tener un bebé y casi no veo a mi sobrino.
	Mis amigos pueden ser muy insistentes.	¿Qué harías si tus amigos te insisten?	Si mis amigos me insistieran, les diría que ya tengo un plan o lo de la gastritis, incluso creo que tengo que hablar con ellos para decirles que ya no quiero ir a beber cada ocho días.
	A veces ya salgo bien tarde del trabajo.	¿Qué harías si no te puedes salir temprano del trabajo?	Si por algo no pudiera salir del trabajo a tiempo, pues le aviso a mi novia para que me espere y si no alcanzamos a ir al cine, la invite a cenar.
22. Programa consecuencias positivas inmediatas a las conductas alternativas al consumo	Creo que si no tomara los viernes, me podría ir mejor.	¿Qué consecuencias positivas o agradables inmediatas crees que obtendrías de realizar este plan?	Si lo logro, me voy a sentir muy bien, primero porque mi novia sentiría que sí quiero estar con ella, es que a veces me reclama que prefiero ir a beber con mis amigos), no gastaría tanto dinero como cuando bebo, no me regañarían en el trabajo por escaparme, me sentiría tranquilo de saber que puedo hacer otra cosa en viernes que no sea tomar.
23. Programa consecuencias positivas a largo plazo a las conductas alternativas al consumo	Creo que si no consumo, a la larga tendré muchos beneficios.	¿Qué consecuencias positivas o agradables a largo plazo crees que obtendrías de la abstinencia?	Pues estaría mejor con mi novia, nos llevaríamos mejor, también creo que si empiezo a ahorrar lo que me gasto en alcohol, a fin de año podría hacer un viaje a Guadalajara a ver a la familia que tengo allá, no he ido porque no me alcanza. Ah y también mejoraría lo de la gastritis, porque sí me dijo el doctor que en parte era por beber.

** Presentar el estímulo una vez, si no se obtiene respuesta pasar al siguiente estímulo.

** Si preguntan en general, contestar siempre, casi siempre; si preguntan por una situación específica, contestar el viernes pasado, tal...

**Si el terapeuta se salta a otras categorías, contestar de acuerdo al guión y en seguida presentar el estímulo en el que se quedó.

Anexo 3

Lista cotejable del nivel de implementación de los principios básicos por el terapeuta

ANÁLISIS FUNCIONAL						
Categoría	Estímulo	No lo realiza	Indaga	Retroalimenta	Analiza	Final
1.Disparadores externos de consumo	a) Situación	0	1	2	3	
	b) Personas	0	1	2	3	
	c) Lugares	0	1	2	3	
	d) Día	0	1	2	3	
2.Disparadores internos de consumo	a) Sensaciones físicas	0	1	2	3	
	b) Pensamientos	0	1	2	3	
	c) Emociones	0	1	2	3	
3.Descripción operacional de la conducta	a) Sustancia	0	1	2	3	
	b) Cantidad	0	1	2	3	
	c) Duración	0	1	2	3	
4.Consecuencias positivas inmediatas de consumo		0	1	2	3	
5.Consecuencias negativas inmediatas de la conducta de consumo	a) General	0	1	2	3	
	b) Económicas	0	1	2	3	
	c) Interpersonales	0	1	2	3	
	d) Escolares/Laborales	0	1	2	3	
	e) Legales	0	1	2	3	
	f) Salud	0	1	2	3	
6.Consecuencias positivas a largo plazo de la conducta de consumo		0	1	2	3	
7.Consecuencias negativas inmediatas del consumo	g) General	0	1	2	3	
	h) Económicas	0	1	2	3	
	i) Interpersonales	0	1	2	3	
	j) Escolares/Laborales	0	1	2	3	
	k) Legales	0	1	2	3	
	l) Salud	0	1	2	3	
Fórmula		$(N*100)/24$	$(N*100)/24$	$(N*100)/24$	$(N*100)/24$	$(+N*10)/72$

	PORCENTAJE/TOTAL	___%	___%	___%	___%	___%
PROGRAMACIÓN DE CONDUCTA ALTERNATIVA AL CONSUMO						
8. Programa estímulos externos para abstinencia	a) Situación	0	1	2	3	
	b) Lugares	0	1	2	3	
	c) Personas	0	1	2	3	
	d) Días	0	1	2	3	
9. Programa de estímulos internos para la abstinencia	a) Sensaciones físicas	0	1	2	3	
	b) Pensamientos	0	1	2	3	
	c) Emociones	0	1	2	3	
10. Programa de conductas alternativas al consumo		0	1	2	3	
11. Programa otras conductas alternativas para enfrentar obstáculos		0	1	2	3	
12. Establece consecuencias positivas a largo plazo a las conductas alternativas al consumo		0	1	2	3	
Fórmula		$(N*100)/24$	$(N*100)/24$	$(N*100)/24$	$(N*100)/24$	$(+N*10)/72$
PORCENTAJE/TOTAL		___%	___%	___%	___%	___%

Anexo 4

Lista cotejable de habilidades y actitudes en ensayo conductual IDEARSE

	FACTOR	CATEGORÍAS	Si= 1 No= 0
HABILIDADES	Indaga	Indaga acerca del patrón de consumo	
		Indaga sobre los problemas asociados al consumo	
	Dialoga	Indaga el interés y motivación de la persona al cambio	
		Analiza ventajas del consumo	
		Analiza desventajas del consumo	
	Establece metas	Enfatiza las desventajas del consumo	
		Identifica el nivel de intervención	
		Proporciona retroalimentación personalizada sobre patrón de consumo	
		Proporciona retroalimentación personalizada sobre consecuencias del consumo	
		Explica los efectos de la sustancia	
		Analiza ventajas de la reducción o suspensión del consumo	
	Acompaña	Analiza desventajas de la reducción o suspensión del consumo	
		Realiza escucha reflexiva	
		Explica el proceso de una adicción	
		Explica verbalmente a la persona la conducta/habilidad implicada en el plan de acción	
		Modela la conducta/habilidad implicada en el plan de acción	
	Retroalimenta	Solicita a la persona el ensayo de la conducta/habilidad implicada en el plan de acción	
		Retroalimenta la ejecución de la persona	
		Refuerza la autoeficacia de la persona	
		Resuelve la resistencia de la persona	
		Identifica el contexto para un plan de acción	
		Define claramente el plan de acción	
		Identifica los pasos para llevar a cabo el plan de acción	
	Seguimiento	Identifica obstáculos para realizar el plan de acción	
		Identifica opciones para enfrentar los obstáculos del plan de acción	
		Guía a la persona a una meta de reducción o suspensión del consumo o asistencia a tratamiento.	
		Recomienda realizar seguimiento para garantizar que la persona lleve a cabo los planes de acción.	
ACTITUDES	Empatía	Identifica necesidades adicionales de atención	
		Proporciona opciones para referenciación con otros profesionales o centros especializados	
		Muestra un tono de voz tranquilo y claro	
		Muestra empatía con el usuario	
		Muestra un lenguaje respetuoso con la persona	
	Comunicación	Se muestra abierto a escuchar la información que proporciona la persona	
		Expresa asertiva y claramente la información con la persona	
		Muestra disposición a resolver dudas y aclarar información	
		Respeto la decisión de la persona de realizar el cambio por sí mismo	
		Evita la confrontación con la persona	
	Evita el uso de palabras altisonantes		
	Evita realizar juicios de valor ante la información proporcionada por la persona		

Anexo 5

Efectos del alcohol a diferentes concentraciones

Alcohol en sangre (mg/100 ml sangre)	Efectos
Menos de 20	Sedación y relajación
20-99	Disminución en la coordinación locomotora y aumento del tiempo de reacción.
100-199	Mayor incoordinación motora, disminución marcada del tiempo, labilidad emocional.
300-399	Anestesia, amnesia, labilidad emocional, pérdida de control.
400 o más	Falla respiratoria, coma y muerte

Efectos del consumo crónico

Sistema	Consecuencias
Nervioso	Síndrome de Wernicke-Korsakoff Pérdida de visión periférica y nocturna
Gastrointestinal	Desnutrición alcohólica Irritación de mucosas, úlceras, sangrados Várices esofágicas Síndrome de mala absorción Hepatitis alcohólica Cirrosis hepática Pancreatitis
Cardiovascular	Cardiopatía alcohólica y ruptura de pequeños vasos sanguíneos
Reproductor	Impotencia Menor cuenta espermática en hombres Dismenorrea Disminución del deseo sexual Síndrome alcohólico fetal

Cruz, S. (2014). Los efectos de las drogas. De sueños y pesadillas