



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

RELACIÓN ENTRE LAS COMPETENCIAS DE TERAPEUTAS EN CONSEJO BREVE EN  
ADICCIONES Y LOS FACTORES DE CAMBIO DE LA CONDUCTA DE CONSUMO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

KAREN ITZEL MONTOYA WILLIAMS

DIRECTORA:

DRA. VIOLETA FÉLIX ROMERO

REVISORA:

DRA. CLAUDIA MARGARITA RAFFUL LOERA

COMITÉ:

DRA. ANGÉLICA JUÁREZ YOLA

DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

DR. JOSÉ ALFREDO CONTRERAS VALDEZ

CIUDAD DE MÉXICO

2021



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:**

Quiero agradecer a mi mamá y hermana que siempre creyeron en mí desde el inicio hasta el fin y apoyarme siempre, incluso cuando no están de acuerdo, sé que sin ustedes el camino hasta aquí hubiera sido mucho más difícil y largo. Gracias por tanto amor y tantos consejos, por enseñarme a perseverar y a siempre hacer lo que me gusta, por amarme incondicionalmente y celebrar siempre mis logros. Este trabajo es el fruto de lo que ustedes ayudaron a construir en mí desde pequeña.

Gracias a mi papá por enseñarme el valor del estudio, el conocimiento y el esfuerzo y por siempre impulsarme a encontrar nuevos objetivos académicos e intelectuales.

Agradezco a mis abuelos, Feliciano y Lolita por siempre estar a mi lado y dejarme las puertas abiertas a pesar de las adversidades. Por creer en mí, en mi potencial y en el futuro que me depara, por siempre apoyarme y guiarme desde la experiencia.

Gracias a Enrique por nunca dejarme olvidar mis propósitos y mis sueños y tenderme la mano en todo momento, por confiar en mí incluso cuando yo no lo hacía, por estar a mi lado en todo momento bueno o malo y nunca dudar.

Gracias a mis amigos de la adolescencia, Ana, Caro, Isai e Isis por siempre escucharme y darme palabras de aliento. A mis amigas y colegas, Johana, Paola, Zeltzin y Carmen con quienes compartí no solo cariño si no también conocimientos y siempre me impulsaron a ser mejor.

Agradezco al equipo de la Coordinación de Centros de la Facultad de Psicología por darme la oportunidad de colaborar y crecer profesionalmente, a mis amigas y colegas Karen, Caro, Anayantzi y Karla por el apoyo y en especial a la Dra. Violeta Félix, mi directora de tesis que siempre me ha brindado oportunidades para crecer profesional y personalmente y que hizo posible este trabajo a través de su conocimiento y apoyo.

Y finalmente, gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi casa de estudios y hogar para sembrar amistades, conocimientos y mi futuro profesional.

## Índice

1. Índice de figuras.....	2
2. Resumen.....	3
3. Introducción.....	6
4. Marco Teórico.....	8
4.1.1 Intervenciones breves .....	8
4.2 Consejo breve .....	16
4.2.1 Modelo Transteórico del cambio.....	21
4.2.2 Entrevista Motivacional.....	23
4.3 Factores de cambio de conducta de consumo.....	26
4.3.1 Motivación al cambio .....	26
4.3.2 Autoeficacia.....	28
4.3.3 Percepción de riesgo.....	30
4.4 Competencias de los terapeutas.....	32
4.4.1 Competencias terapéuticas y éxito del tratamiento.....	35
4.4.2 Evaluación de competencias.....	38
5. Justificación.....	42
6. Objetivo.....	42
7. Método.....	43
7.1 Participantes.....	43
7.2 Instrumentos.....	44
7.3 Procedimiento.....	47
8. Resultados.....	51
8.1 Resultados ASSIST.....	51
8.2 Etapas de cambio.....	54
8.3 Logro de meta de consumo.....	55
8.4 Motivación al cambio.....	56
8.5 Percepción de riesgo.....	56
8.6 Autoeficacia.....	57
8.7 Relación entre la implementación de competencias de orientadores y factores de cambio de los participantes.....	62
9. Discusión.....	72
10. Conclusiones.....	85
11. Referencias.....	88
12. Anexos.....	95

## Índice de Figuras:

Figura 1. Porcentaje de participantes en las etapas de cambio durante las tres sesiones de la intervención.....	54
Figura 2. Porcentaje de participantes que lograron la meta de consumo en las sesiones de seguimiento.....	55
Figura 3. Nivel de motivación al cambio reportado por los participantes en 4 diferentes momentos de la intervención.....	56
Figura 4. Percepción de riesgo de consumo reportado por los participantes en 4 diferentes momentos de la intervención.....	57
Figura 5. Porcentaje de seguridad total para resistirse al consumo reportado por los participantes en el Cuestionario Breve de Confianza Situacional durante las tres sesiones de la intervención.	58
Figura 6. Porcentaje de seguridad reportado por los participantes para resistirse al consumo en cada una de las ocho situaciones del cuestionario breve de confianza situacional.....	59
Figura 7. Puntaje total obtenido por los participantes en la escala de autoeficacia general durante las sesiones de la intervención. ....	61

## **Resumen**

El objetivo de este estudio fue evaluar los efectos de la implementación de competencias de consejo breve en adicciones por parte de los orientadores de consejo breve en factores de cambio de la conducta de consumo de los participantes atendidos. La investigación incluyó la evaluación de competencias de los orientadores mediante la observación directa y el llenado de la Lista Cotejable de Evaluación conductual de habilidades y actitudes, así como la evaluación de la motivación, percepción de riesgo, etapa de cambio, logro de meta y niveles de autoeficacia general y específica de los participantes atendidos mediante el auto reporte, el Cuestionario Breve de Confianza Situacional y La Escala de Autoeficacia General. Los resultados obtenidos mostraron en general un incremento en los valores de las variables relacionadas con el cambio en los participantes con el paso de las sesiones de intervención. Los hallazgos señalaron en su mayoría, correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre la implementación de competencias de consejo breve por parte de los orientadores y los niveles en los factores de cambio de los participantes (total de competencias y autoeficacia general  $r=.450$ ,  $p=.050$ , habilidades generales y percepción de riesgo  $r=.567$ ,  $p=.011$ , total de actitudes y autoeficacia general  $r=.513$ ;  $p=.025$ ). Estos resultados sugieren evidencia de la relación entre las competencias del profesional de la salud y la eficacia del consejo breve.

Palabras clave: consejo breve, competencias del terapeuta, factores de cambio, motivación, percepción de riesgo, autoeficacia, etapas de cambio, logro de meta.

## **Abstract**

The aim of this study was to evaluate the effects of the implementation of brief counseling competencies in addictions by advisers on factors of change in the consumption behavior of the participants attended. The research included the assessment of adviser's competencies through direct observation and completion of the Behavioral Assessment Checklist of skills and attitudes, as well as the assessment of motivation, risk perception, stage of change, goal attainment, and levels of general and specific self-efficacy of the participants through self-reporting, The Brief Situational Confidence Questionnaire, and The General Self-Efficacy Scale. The results obtained showed in general an increase in the values of the variables related with the change in the

participants with the passage of the intervention sessions. Most of the findings pointed to positive and statistically significant correlations between the implementation of brief counseling competencies by the advisers and the levels of change factors of the participants: (total of competencies and general self efficacy  $r=.450$ ,  $p=.050$ , general skills and risk perception  $r=.567$ ,  $p=.011$ , total of attitudes and general self efficacy  $r=.513$ ;  $p=.025$ ). These results suggest evidence of the relationship between the health professional's competencies and the effectiveness of brief counseling.

Key words: brief advice, therapist competencies, change factors, motivation, risk perception, self-efficacy, stages of change, goal achievement.

## Introducción

El consumo de sustancias es considerado un problema de salud pública que afecta a personas de todo el mundo. Se calcula que, en 2017, 271 millones de personas, es decir, 5.5 % de la población mundial de 15 a 64 años de edad, había consumido drogas en el año anterior. Esto revela que el número de personas que consumen drogas en la actualidad ha aumentado en un 30% con respecto al año 2009, en que 210 millones de personas habían consumido drogas en el año anterior (Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, UNDOC, 2019).

El consumo de drogas frecuentemente ocasiona en quien las consume uno o más problemas de salud relacionados con su consumo, los cuales pueden incluir enfermedades pulmonares o cardíacas, embolia, cáncer, enfermedades virales o problemas de salud mental (Instituto Nacional de Abuso de Drogas, NIDA, 2019).

Las enfermedades virales más comunes asociadas al consumo de sustancias son el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la Hepatitis C causadas principalmente por el uso compartido de jeringas y por la manifestación de comportamientos de alto riesgo causadas por los efectos de las sustancias (Instituto Nacional de Abuso de Drogas, NIDA, 2019).

Por otro lado, el consumo de sustancias presenta altos niveles de comorbilidad con enfermedades mentales, ya que entre 36% y 40% de los adultos jóvenes padecen una enfermedad mental al mismo tiempo que trastornos relacionados con el consumo de sustancias (Sheidow, McCart, Zajac, y Davis, 2012) entre los que se encuentran la depresión, los trastornos bipolares, la esquizofrenia, el estrés postraumático y los trastornos de ansiedad (Santucci, 2012).

De todas las personas que llegan a consumir sustancias, solo una pequeña parte continúa consumiéndolas regularmente y de ellos solo una fracción desarrolla trastornos severos por el consumo de sustancias (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD, 2013). Para ser considerado con trastorno por consumo de sustancias, así como para considerar dicho trastorno como severo, se deben cumplir ciertos criterios, los cuáles serán discutidos más adelante.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5, American Psychiatric Association, APA, 2014) clasifica a los trastornos relacionados con



sustancias en 11 criterios diagnósticos, de los cuales deberán haberse presentado al menos dos en los últimos 12 meses. Dichos criterios incluyen: el consumo de la sustancia en situaciones que pueden resultar peligrosas, consumo continuado de la sustancia a pesar de los problemas sociales o interpersonales que este genera, incumplimiento de obligaciones a causa del consumo, presentar síndrome de abstinencia, presentar tolerancia a la sustancia, consumir una mayor cantidad de la sustancia o durante periodos más largos de tiempo de lo que se planeaba, intentos repetidos de dejar o controlar el consumo sin lograrlo, ocupar mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, consumo continuado de la sustancia a pesar de presentar problemas físicos o psicológicos relacionados con el consumo, disminuir o dejar por completo de realizar actividades sociales, recreativas u ocupacionales debido al consumo y presentar deseos intensos de consumir. A partir de estos criterios diagnósticos se establece el nivel de severidad del trastorno en función del número de síntomas presentados por el usuario. La aparición de 2 a 3 síntomas en los últimos 12 meses corresponde a un nivel de severidad bajo, de 4 a 5 síntomas corresponden a un nivel de severidad moderado y finalmente, la presencia de 6 o más síntomas corresponde a un nivel de severidad alto.

El uso de sustancias y los trastornos por consumo de sustancias provocan consecuencias negativas dentro de las que se encuentran efectos crónicos sobre la salud, efectos negativos a corto plazo sobre la salud biológica y consecuencias sociales como la ruptura súbita de relaciones, arrestos, o el incumplimiento de las obligaciones laborales y familiares como las principales (UNODC, 2017).

Además, el consumo de sustancias aumenta los costos de atención a la salud debido a que incrementa el riesgo de muchas condiciones como son las lesiones relacionadas con la intoxicación (accidentes y violencia), enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, hepatitis B y C) y crónicas (cirrosis, afecciones cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales, así como de desarrollo de uso nocivo, abuso y dependencia (CICAD, 2013). Es por ello que toma relevancia contar con intervenciones efectivas basadas en evidencia científica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias.

## Marco Teórico

### Intervenciones breves

Las intervenciones cognitivo-conductuales han mostrado ser efectivas para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias (Instituto Nacional de Salud, NIH, 2013) ya que ayudan a aumentar niveles de abstinencia y prevenir recaídas en los usuarios (Lefio, Villarroel, Rebolledo, Zamorano y Rivas, 2013).

Las Intervenciones cognitivo-conductuales incluyen la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva y consisten en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control que la persona tiene sobre sí misma (Sánchez, Gradolí y Morales, 2004)

Las estrategias específicas de las intervenciones cognitivo-conductuales dirigidas al consumo de sustancias incluyen la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado de sustancias, el auto-monitoreo para reconocer la compulsión por las sustancias en una etapa temprana y para identificar situaciones de alto riesgo para el uso, y la elaboración de estrategias para afrontar y evitar las situaciones de alto riesgo y el deseo de consumir (NIH, 2018).

La efectividad de las intervenciones cognitivo conductuales se ha resumido en artículos como en el de Sánchez, Tomás, Olmo, Molina y Morales (2002) quienes llevaron a cabo un estudio para determinar la eficacia de la terapia cognitivo conductual para mejorar los niveles de malestar y disminuir la ingesta de drogas en 75 participantes con diagnóstico de dependencia a sustancias según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta versión (DSM-IV, Asociación Americana de Psiquiatría, APA, 1994). Los participantes fueron divididos en 3 grupos diferentes en función de su dependencia: grupo alcohol, grupo heroína y grupo cocaína; y respondieron los siguientes instrumentos: Cuestionario de Calidad de Vida en su versión abreviada (WHOQOL-BREEF, Organización Mundial de la Salud, OMS, 1998), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1986),

Inventario de Depresión de Beck (BDI, Beck, 1961) y el Inventario Breve de Síntomas (BSI, Derogatis y Melisaratos, 1983). Posteriormente todos los participantes recibieron una intervención dividida en 3 fases: evaluación, la cual consistió en la valoración de la motivación, las etapas de cambio y la presencia de psicopatología en los participantes, así como en la realización de un análisis funcional y el análisis de las consecuencias negativas del consumo; desintoxicación, en la que se ofreció información sobre el proceso farmacológico y se valoraron los síntomas físicos de intoxicación o abstinencia, así como los niveles de motivación y las expectativas de los usuarios sobre el tratamiento; y deshabitación, que incluyó la valoración de la desintoxicación, de los síntomas psicopatológicos y de las etapas de cambio de los usuarios, finalmente se estableció un proceso estructurado de prevención de recaídas y un programa específico de intervención para tratar los síntomas psicopatológicos de cada usuario.

Para evaluar la efectividad de la intervención, Sánchez, Tomás, Olmo, Molina y Morales (2002) analizaron las diferencias entre los 3 grupos de todas las variables estudiadas, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas, por lo que se optó por considerar a los 3 grupos como uno solo y analizar las diferencias de las variables antes y después del tratamiento. Los resultados mostraron que en el seguimiento de los 6 meses ciertas variables tuvieron mejoras con respecto a la línea base. Se mostraron descensos en las medias de las variables de depresión antes del tratamiento (14) y después del tratamiento (10.4), dichas diferencias mostraron ser estadísticamente significativas ( $p= 0.008$ ), ansiedad rasgo, cuya media pre tratamiento fue 28.8 y la media postratamiento fue 23.4, dichas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p= 0.003$ ) e índice de malestar cuya media fue 1.69 antes del tratamiento y 1.44 después de recibir el tratamiento, estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p= 0.024$ ). Por otro lado, se obtuvieron incrementos en las variables de calidad de vida cuya media aumentó a 3.33 después del tratamiento con respecto a 2.92 antes del tratamiento ( $p= 0.024$ ) así como en la salud general, cuya media aumentó de 2.79 en el pre tratamiento a 4.27 después del tratamiento, estas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas ( $p= 0.050$ ). Por su parte, en el seguimiento, 63% de los pacientes se mostró abstinente al consumo de sustancias. Lo que lleva a concluir que la intervención fue efectiva para mejorar la calidad de vida de los usuarios, disminuir su malestar psicológico y reducir el consumo de sustancias sin importar cual fuera la sustancia de abuso.

Siguiendo en la misma línea, Hoch et al. (2012) elaboraron una investigación con el fin de probar la efectividad de una terapia cognitivo conductual en el tratamiento del consumo de marihuana de 97 personas voluntarias que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: haber consumido marihuana al menos dos veces por semana en el último mes, cumplir los criterios de abuso o dependencia a marihuana incluidos en el DSM-IV y ser mayores de 16 años. Los participantes fueron asignados de manera aleatoria a tres grupos: el grupo control, el grupo de tratamiento estandarizado y el grupo de tratamiento estandarizado dirigido. Todos los participantes respondieron los siguientes instrumentos: Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de Munich (M-CIDI, Wittchen, 1994; Wittchen y Pfister, 1997), Índice de Gravedad de la Adicción (ASI, McLellan et al., 1992), Inventario Breve de Síntomas (BSI, Franke, 1995), Seguimiento de la Línea del Tiempo (TLFB, Sobell y Sobell, 1992) y la Escala de evaluación de cambios en la Universidad de Rhode Island (URICA, Prochaska et al., 1988). Los participantes de los grupos de tratamiento recibieron una intervención cognitivo conductual estandarizada de 10 sesiones, en la que se emplearon componentes de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2002), estrategias cognitivo conductuales dirigidas al consumo de cannabis (Stephens et al., 1994) y un entrenamiento psicosocial en resolución de problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1971), con la única diferencia que en el grupo de tratamiento estandarizado dirigido, los temas relacionados con salud mental fueron más ampliamente abordados que en el tratamiento estandarizado.

Al analizar los resultados, Hoch et al. (2012) encontraron mayores niveles de abstinencia en los participantes que recibieron el tratamiento frente a los participantes del grupo control. Los participantes que recibieron el tratamiento presentaron un porcentaje de abstinencia de 27% en la línea base, el cual aumentó a 54% en la sexta y novena sesión del tratamiento y se mantuvo en 49% al finalizar el tratamiento, mientras que el porcentaje de abstinencia postratamiento del grupo control fue de 12.5%. Por otro lado, la intervención resultó efectiva para reducir el consumo semanal de marihuana en los participantes de los grupos experimentales, el cual disminuyó de 25.2 unidades en la línea base a 8.1 unidades en el postratamiento. En contraste, el grupo control reportó un consumo de 21.3 unidades semanales en la línea base y de 24.9 unidades en el postratamiento. Finalmente, los resultados mostraron que los grupos que recibieron el tratamiento también disminuyeron sus niveles de psicopatología, severidad de la

adicción, uso de sustancias y problemas legales, y aumentaron sus puntuaciones del ASI con respecto a sus relaciones sociales y familiares.

En resumen, la evidencia ha mostrado que las intervenciones cognitivo conductuales son efectivas para aumentar los niveles de abstinencia y reducir los niveles de consumo de los usuarios, así como disminuir índices de psicopatología y severidad de la adicción. Dentro de las intervenciones cognitivo conductuales han tomado relevancia las intervenciones breves como alternativas para el tratamiento de consumo de sustancias debido a su bajo costo, corta duración y efectividad en la práctica clínica (Hewitt y Gantiva, 2009).

Las intervenciones breves en adicciones son una estrategia terapéutica limitada en el tiempo que se basa en la identificación temprana de conductas de consumo problemático de sustancias y cumple funciones de prevención y diagnóstico oportuno (OMS, 2004).

Las intervenciones breves están basadas en el Modelo Transteórico del Cambio y el Modelo Motivacional de Intervención (Rodríguez-Matos, 2002), en los que se considera a la conducta de consumo a partir de los patrones adquiridos y mantenidos por los mecanismos de aprendizaje y motivación; modelos en los que además se sostiene que dichos patrones pueden ser cambiados a través de la planeación del contexto en el que se desenvuelven las personas (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas – Organización de los Estados Americanos, CICAD-OEA, 2017).

Los objetivos principales de una intervención breve son que el usuario logre la abstinencia o moderación del consumo de sustancias, que el usuario reduzca los problemas y riesgos asociados al consumo y que el cambio en el consumo se mantenga a través del tiempo (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, 2009).

Las intervenciones breves están compuestas de una evaluación global para identificar el patrón de consumo, un asesoramiento breve en el que se da retroalimentación personalizada, y seguimientos (Rodríguez-Matos, 2002). Durante su implementación se llevan a cabo diversas

estrategias como el análisis funcional de la conducta, el control de estímulos, el manejo del deseo, la solución de problemas y la planeación de actividades (Schuurmans et. al., 2006).

Adicional a estas estrategias, Bien, Miller y Tonigan, (1993) identifican 6 componentes que hacen efectiva una intervención breve, los cuales se resumen a partir del acrónimo FRAMES, por sus siglas en inglés) y se dividen en: retroalimentación (Feedback), responsabilidad (Responsibility), consejo (Advice), menú de opciones (Menu of options), empatía (Empathy) y autoeficacia (Self efficacy). La estructura FRAMES consiste en: i) proporcionar retroalimentación sobre los posibles riesgos personales y sociales del comportamiento de la persona (retroalimentación); ii) enfatizar en la responsabilidad de la persona en su proceso de cambio (responsabilidad); iii) dar consejos claros y explícitos que asesoren al usuario sobre su cambio de comportamiento (consejo); iv) proveer al usuario de una amplia gama de opciones de cambio (menú de opciones); v) desarrollar una relación empática (empatía) y vi) fomentar la autoeficacia del usuario para hacer cambios en su conducta de consumo (autoeficacia) (Hewitt et al., 2009).

Durante la implementación de una intervención breve se requiere de la toma de decisiones para generar un plan de tratamiento personalizado a partir de los niveles, características y variables críticas de la persona para su adaptación al tratamiento. Para ello, la OEA (2017) propone 8 diferentes pasos: i) identificación del nivel de intervención mediante la aplicación de un tamizaje como la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST, OMS, 2010), que indica la puntuación de riesgo para cada una de las 11 sustancias incluidas en la prueba, dicha puntuación permite clasificar el riesgo de las personas según su nivel para cada sustancia en bajo, moderado o alto, y en cada caso se determina la intervención más adecuada; ii) elección de la meta de consumo, que puede ser reducción o abstinencia dependiendo del patrón de consumo actual, el nivel de dependencia y el nivel de autoeficacia del usuario; iii) definición de la conducta de consumo mediante la definición operacional de cantidad, frecuencia y duración del consumo; iv) elección de las conductas meta adicionales, que consiste en el establecimiento de conductas alternativas al consumo para reforzar el logro de reducción o abstinencia; v) definición de las conductas meta adicionales, las cuáles también deberán ser definidas operacionalmente; vi) identificar la dosis mínima de intervención para

lograr las metas; vii) evaluar de la conducta meta y su logro; viii) ajustar el plan de tratamiento si es necesario y los usuarios no han logrado alcanzar las metas.

Cabe recalcar que dentro de las intervenciones breves existen diferentes niveles de tratamiento, los cuales tienen sus propias características y son utilizados de acuerdo con el nivel de riesgo y nivel de consumo de los usuarios. Dichos niveles están divididos en: i) consejo breve: es una estrategia de prevención y es generalmente utilizado para tratar a personas que tienen un consumo experimental que no ha generado consecuencias negativas en la vida del individuo; ii) intervención breve: sirve como estrategia de atención para las personas que inician un consumo ocasional de sustancias pero que daña o amenaza con dañar la salud y/o el bienestar social del individuo, con el objetivo de lograr cambios en su consumo; iii) tratamiento breve: es una estrategia dirigida a personas que ya han iniciado el consumo de sustancias, comienzan a tener consecuencias negativas en varios ámbitos de su vida, y comienzan a tener indicadores de dependencia con el objetivo de reducir los niveles de dependencia y mitigar las consecuencias negativas del consumo (OEA , 2017). Para el presente trabajo, el nivel de interés es el consejo breve por lo que sus características y efectividad serán discutidas más adelante.

La efectividad de las intervenciones breves se ha resumido en estudios empíricos como el de Ayala et al. (1998), quienes realizaron un estudio con 177 individuos con problemas de consumo de alcohol con el objetivo de determinar la efectividad del tratamiento para disminuir el patrón de consumo y aumentar los niveles de autoeficacia y satisfacción de vida de los usuarios. Todos los usuarios recibieron una evaluación inicial antes del tratamiento para determinar el nivel de dependencia, el patrón de consumo en últimos doce meses, situaciones de riesgo, nivel de autoeficacia y tipo de problemática asociada a su consumo mediante la aplicación de los siguientes instrumentos: Escala de Dependencia al Alcohol (Skinner y Horn, 1984), Breve Escala de Dependencia al Alcohol (Davidson y Raistrick, 1986), Línea Base Retrospectiva (Sobell y Sobell, 1992), Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (Annis, 1982) y Cuestionario de Confianza Situacional (Annis y Graham, 1988). Posteriormente, todos los participantes recibieron un tratamiento de 4 sesiones, el cual consistió en la revisión del balance decisional de la conducta de consumo, el establecimiento de una meta de consumo, la identificación de situaciones de riesgo de consumo, resolución de problemas, planes de acción, y recuento de los logros obtenidos. Se realizaron seguimientos a los 6 y 12 meses y los resultados mostraron

diferencias significativas en el patrón de consumo, el cual se tradujo en un aumento del porcentaje de días de abstinencia al mes, el cual pasó de 73% antes del tratamiento a 84% y 82% en los seguimientos, así como en la disminución en el número de copas estándar consumidas por ocasión, el cual fue de 9.2 antes del tratamiento y disminuyó a 5.8 y 6.5 en los seguimientos; en la autoeficacia del usuario, la cual incrementó para las 8 situaciones del Cuestionario de Confianza Situacional en el primer seguimiento y aumentó en 6 de las 8 situaciones para el segundo seguimiento; en los problemas asociados al consumo, los cuales pasaron de estar presentes en todas las áreas de la vida de los usuarios en el pre tratamiento a solo estar presentes en 6 de las 8 áreas de vida; y en el número de usuarios satisfechos con su calidad de vida, el cual fue 38% antes del tratamiento, 70% en el seguimiento de los 6 meses y 79% en el seguimiento de los 12 meses.

Del mismo modo, Martínez et al. (2010) realizaron un estudio para probar la efectividad de una intervención breve en 40 adolescentes voluntarios de zonas urbanas y rurales con consumo de alcohol, quienes cumplieron los siguientes criterios: consumir más de cuatro tragos estándar por ocasión, haber consumido en más de cinco ocasiones en los últimos tres meses y reportar problemas relacionados con su consumo de alcohol u otras drogas, pero no presentar los síntomas físicos de dependencia fisiológica de acuerdo con el DSM-IV. Los participantes de cada zona fueron asignados de manera aleatoria a uno de los siguientes grupos: grupo de consejo breve, grupo de tratamiento breve y grupo control, adicionalmente todos los participantes respondieron los siguientes instrumentos: Línea Base Retrospectiva, Cuestionario Breve de Confianza Situacional (Echeverría y Ayala, 1997) y el Cuestionario de Tamizaje de Problemas de adolescentes (POSIT, Rahdert, 1991). Los participantes asignados al consejo breve recibieron una consejería de 90 minutos en la que se les dio retroalimentación de sus tamizajes y un folleto que contenía las consecuencias del consumo de alcohol, con ellos se estableció una meta de cambio de consumo y planes de acción para lograrla. Por otro lado, el grupo de intervención breve recibió una sesión de inducción al tratamiento y cinco sesiones de tratamiento de una hora de duración, en la que se implementaron estrategias de entrevista motivacional, técnicas de autocontrol y componentes de prevención de recaídas. Se realizaron seguimientos a los 3 y 6 meses del tratamiento y los resultados mostraron disminuciones en el consumo de alcohol e incrementos en los niveles de autoeficacia para los adolescentes pertenecientes a los grupos de consejo breve y tratamiento breve sin importar la zona de procedencia.



Martínez et al. (2010) encontraron que los adolescentes de zonas rurales que recibieron la intervención breve consumieron durante la línea base un promedio de 44 copas estándar en los últimos 3 meses mientras que en los seguimientos a los tres y seis meses su consumo fue de 11 y 5 copas estándar respectivamente. Por otro lado, los adolescentes rurales que recibieron el consejo breve presentaron en los últimos 3 meses un consumo promedio de 45 copas estándar en la línea base, las cuales disminuyeron a 14 copas durante el seguimiento a tres meses y a 13 copas durante el seguimiento a seis meses, mientras que los adolescentes del grupo control consumieron en los últimos 3 meses 45 copas estándar en la línea base, 61 copas estándar en el seguimiento a tres meses y 51 copas estándar en el seguimiento a seis meses. En cuanto a los adolescentes pertenecientes a zona urbana, se encontró que el grupo que recibió la intervención breve consumió en los últimos 3 meses antes del tratamiento un promedio de 50 copas estándar, 11 copas en el seguimiento a tres meses y 15 copas en el seguimiento a seis meses. Por su parte, los adolescentes urbanos que recibieron el consejo breve tuvieron un consumo en los últimos 3 meses de 47 copas estándar en la línea base, las cuales disminuyeron a 18 copas en ambos seguimientos. En contraste, los adolescentes urbanos en lista de espera tuvieron un promedio de consumo de 49 copas estándar en los últimos 3 meses antes del tratamiento, 58 en el seguimiento a tres meses, y 51 en el seguimiento a seis meses. Al analizar el impacto de las intervenciones en los problemas asociados al consumo los resultados señalaron que solo los adolescentes que recibieron la intervención breve, tanto de zonas urbanas como rurales, disminuyeron significativamente el número de problemas que asocian con el consumo de alcohol. Finalmente, al evaluar los efectos de la intervención en la autoeficacia de los usuarios, los resultados revelaron diferencias significativas asociadas a la intervención breve y al consejo breve en las muestras de adolescentes urbanos y rurales. Los adolescentes urbanos que recibieron la intervención breve incrementaron 28% su autoeficacia, y los que recibieron el consejo breve obtuvieron un incremento de 35%. Respecto a los adolescentes rurales el incremento en la autoeficacia percibida fue superior al encontrado en los adolescentes urbanos, siendo éste del 57% en los que recibieron la intervención breve y de 54% los que recibieron el consejo breve.

Hasta el momento, los hallazgos de las investigaciones llevan a concluir que las intervenciones breves basadas en principios cognitivo conductuales son efectivas para disminuir el consumo de sustancias a largo plazo, aumentar los niveles de autoeficacia y disminuir los problemas asociados al consumo.

## Consejo breve

El consejo breve es una intervención sistemática de una sola sesión que puede ser empleada en cualquier nivel de prevención (universal, selectiva e indicada) para la detección temprana de consumo de sustancias e incluye estrategias motivacionales que favorecen el cambio de la conducta de consumo (CICAD, 2017).

El consejo breve tiene como fundamento la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986) y utiliza estrategias que incluyen los principios del Modelo Transteórico de cambio propuesto por Prochaska y DiClement (1982) y elementos de la Entrevista Motivacional propuesta por Miller y Rocklin (1991).

El consejo breve incluye una evaluación inicial, un asesoramiento breve y una evaluación final (Morales et al., 2013) durante los cuales se brinda información sobre los efectos del consumo de sustancias a corto y largo plazo, se analizan los factores de riesgo y protección, se enseña a las personas estrategias derivadas de los procedimientos cognitivo-conductuales para modificar la conducta de consumo, y se aplican estrategias para incrementar la disposición al cambio (CICAD 2017).

Adicional a estas acciones, Talavera y Martínez (2008) propusieron 5 pasos para la implementación de un consejo breve, los cuales sirven como guía para prevenir el consumo u ofrecer tratamiento en caso de que el consumo ya haya iniciado. Dichos pasos se resumen a partir del acrónimo IDEAS, el cual se divide en 5 factores: Indaga (identificación, mediante cuestionarios del nivel de abuso o dependencia a alguna o varias drogas), Dialoga (informa a la persona sobre su nivel de consumo y las consecuencias que ha tenido y puede tener debidas al consumo), Establece metas (ayudar a la persona a establecer una meta de reducción o abstinencia para evitar las consecuencias negativas a corto y a largo plazo), Acompaña en el proceso de cambio (indagar el nivel de satisfacción de la persona con la asesoría de consejo breve, ya que una satisfacción alta puede propiciar que la persona continúe el proceso de consejo, mientras que una baja satisfacción puede indicar que la persona no regresará), y seguimiento (detectar si ha habido cambios significativos en el consumo y si no los ha habido derivar a otro tratamiento).

Existe evidencia empírica de la efectividad del consejo breve para disminuir el consumo de alcohol en estudios como el de Babor et al. (2006) en el que participaron 1329 personas mayores

de 18 años con consumo moderado de alcohol. Todos los participantes respondieron una versión modificada de la Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol (AUDIT, Babor et al., 2006) y fueron divididos de manera aleatoria en 3 grupos: consejo breve implementado por practicantes, consejo breve implementado por profesionales de la salud y tratamiento usual de la clínica. Los participantes de los grupos de consejo breve fueron a su vez divididos en 3 grupos de acuerdo con los puntajes obtenidos en el AUDIT: los participantes con puntajes de 7 a 15, recibieron consejería breve más un folleto de información adicional que incluía el nivel de riesgo de consumo, pasos para dejar de consumir, límites del consumo de alcohol en copas estándar y consecuencias asociadas al consumo; los participantes con puntajes de 16 a 19 recibieron consejería breve más un manual de auto ayuda para dejar de consumir el cual incluía una versión extendida del folleto con un aparatado para generar planes de acción de acuerdo a situaciones de riesgo experimentadas previamente; finalmente, los participantes con puntajes mayores a 19 recibieron consejería breve y una referencia para un tratamiento de consumo de alcohol. El consejo breve consistió en un asesoramiento de 3 a 5 minutos el cual incluyó 5 elementos: (i) retroalimentación de los puntajes del AUDIT y cualquier problema o síntoma identificado; (ii) discusión del nivel de riesgo del paciente; (iii) presentar la relación entre el consumo de alcohol y problemas reales o potenciales e información sobre límites de consumo más seguro; (iv) compromiso con el objetivo de reducir o detener el consumo; y (v) presentación de material para alcanzar la meta establecida. Posteriormente, se hizo un seguimiento a los 3 meses y los resultados mostraron una disminución en el consumo de alcohol para todos los grupos siendo más significativa la de los grupos que recibieron el consejo breve. El grupo control tuvo un consumo de 11.4 unidades en la línea base y disminuyó a 8.1 en el seguimiento, por otro lado, el grupo que recibió el consejo breve por parte de los profesionales tuvo un consumo de 11.4 unidades en la línea base y disminuyó a 6.7 en el seguimiento, finalmente, el grupo de consejo breve implementado por practicantes inició con un consumo de 9.6 unidades y disminuyó a 6.4 en el seguimiento.

En el mismo sentido, Salazar, Pérez, Ávila y Vacio (2012) realizaron un estudio con 20 estudiantes universitarios voluntarios con el objetivo de determinar la eficacia del consejo breve para disminuir el consumo de alcohol, así como sus problemas asociados y aumentar la autoeficacia situacional de los participantes. Todos los participantes presentaron un consumo de alcohol de nivel medio a alto, reportaron tener problemas asociados al consumo, y obtuvieron un

puntaje mayor a 8 en la prueba de AUDIT (OMS, 1993). Los participantes recibieron una evaluación inicial en la que respondieron los siguientes instrumentos: AUDIT, Línea Base Retrospectiva (Sobell y Sobell, 1992), Cuestionario Breve de Confianza Situacional (Echeverría y Ayala, 1997), Cuestionario de Expectativas Relacionadas con el Consumo de Alcohol (AEQ, Mora-Ríos, Natera, Villatoro y Villalvazo, 2000) y el Inventario sobre las Consecuencias de Uso del Alcohol (DRINC-2R, Chávez, López y Gallegos, 1997). Posteriormente se aplicó el consejo breve de una sesión que consistió en la retroalimentación individual del consumo de alcohol con la ayuda de un folleto informativo en el cual se describió el patrón de consumo, el nivel de riesgo, las consecuencias asociadas, las expectativas y mitos relacionados con el consumo de alcohol y las situaciones de riesgo; finalmente, se estableció una meta de cambio de consumo y se desarrollaron de estrategias para apoyar el logro de la misma. Se realizó un seguimiento a los 6 meses y los resultados mostraron una reducción estadísticamente significativa grupal del consumo de alcohol, al iniciar el tratamiento el promedio grupal de copas estándar consumidas en los últimos 6 meses fue 222 y en el seguimiento se redujo a 65 copas estándar. Al analizar los resultados, los autores también se percataron de que no todos los usuarios mantuvieron la meta de consumo establecida en el consejo breve, por lo que se optó por dividir a los participantes en participantes que sobrepasaron la meta de consumo y participantes que mantuvieron la meta de consumo, para posteriormente analizar los resultados de ambos grupos. Los análisis señalaron que ambos grupos disminuyeron el número de días de consumo en el seguimiento de los 6 meses con respecto a la línea base, sin embargo, dicha diferencia solo fue estadísticamente significativa para los usuarios que mantuvieron la meta de consumo. De igual manera hubo una reducción de las consecuencias asociadas al consumo para ambos grupos, siendo estadísticamente significativo únicamente en los participantes que mantuvieron la meta. Finalmente, al evaluar los efectos de la intervención sobre los resultados del Cuestionario Breve de Confianza Situacional, los resultados indicaron un aumento estadísticamente significativo en la seguridad reportada por los participantes que mantuvieron la meta para resistirse al consumo en situaciones que incluyen momentos agradables y situaciones con momentos agradables con otros, no siendo así para el grupo que sobrepasó la meta de consumo establecida.

El consejo breve también ha mostrado su efectividad para disminuir el consumo de tabaco. Ferreira-Borges (2005) realizó un estudio con 50 mujeres fumadoras embarazadas, a las cuales se les asignó de manera aleatoria a dos grupos: el grupo control, que recibió el cuidado de rutina de

la clínica y el grupo experimental, que recibió un tratamiento de consejo breve. Las personas del grupo experimental tuvieron una sesión de 8 minutos con una enfermera quien midió el nivel de dependencia, los niveles de monóxido de carbono en el cuerpo, etapa de cambio y motivación al cambio de las participantes. Posteriormente, utilizaron estrategias de entrevista motivacional para dejar de fumar, se estableció una fecha para dejar de fumar, se identificaron las principales problemáticas del consumo y finalmente se establecieron estrategias para eliminar obstáculos para dejar de fumar. Todas las participantes recibieron un seguimiento a los dos meses y los resultados mostraron diferencias significativas en el porcentaje de abstinencia de ambos grupos, siendo el porcentaje del grupo experimental (33.3%) significativamente mayor que el del grupo control (8.3%). Al analizar el número de cigarrillos fumados al día, los resultados mostraron una disminución, en el grupo experimental el número de cigarrillos era de 7.15 en la línea base y disminuyó a 3.7 cigarrillos en el seguimiento, mientras que el grupo control reportó 8.35 cigarrillos al día en la línea base y 6.74 en el seguimiento, lo que supone una mayor reducción en el grupo que recibió la intervención.

Siguiendo la misma línea, Humeniuk, Babor, Souza-Formigoni, de Lacerda y Vnedetti (2011) probaron la efectividad del consejo breve vinculado a la prueba ASSIST en un estudio realizado con 731 participantes de 4 diferentes países (Brasil, India, E.U.A y Australia), quienes cumplieron los siguientes criterios de inclusión: puntuar riesgo medio en la prueba de ASSIST (OMS,2010) para al menos una sustancia ilegal (cocaína, marihuana, anfetaminas y opiáceos), por otro lado, los participantes que puntuaran en riesgo alto para cualquier sustancia contenida en el ASSIST fueron excluidos. Una vez aplicado el ASSIST e identificado el riesgo de consumo a los participantes de cada país, se les aplicó un Cuestionario de Perfil Demográfico para después ser asignados de manera aleatoria a dos grupos: el grupo control y el grupo experimental. Los participantes del grupo experimental recibieron consejo breve de una sola sesión, mientras que el grupo control se mantuvo en lista de espera. Los participantes asignados al grupo experimental de cada país recibieron retroalimentación de las puntuaciones en el ASSIST y en caso de haber puntuado en riesgo medio en más de una sustancia, el consejo breve se enfocó en la sustancia con mayor puntaje obtenido en la prueba de ASSIST o bien, en la sustancia que preocupara más al participante, adicionalmente al final de la sesión de consejo breve se les brindó un material informativo llamado *Self Help Strategies for Cutting Down or Stopping Substance Abuse*. Tanto el grupo experimental como el control de cada país recibió un seguimiento a los 3 meses en el

cual contestaron nuevamente el ASSIST y los resultados mostraron reducciones estadísticamente significativas en el puntaje obtenido en la sesión de seguimiento en comparación con la línea base para todos los participantes de todos los países sin importar si recibieron el consejo breve o no. No obstante, al analizar las diferencias de puntaje entre ambos grupos se obtuvo que los participantes del grupo experimental pertenecientes a los países de Brasil India y Australia tuvieron una mayor disminución en el puntaje del ASSIST en el seguimiento en comparación con los participantes de Brasil India y Australia pertenecientes al grupo control, mas no fue así para los participantes del grupo experimental pertenecientes a E.U.A., dicha diferencia fue estadísticamente significativa. Estos resultados muestran la efectividad del consejo breve vinculado al instrumento de cribado ASSIST para reducir el consumo de sustancias ilegales y problemas asociados.

La efectividad del consejo breve también es consistente en México. Martínez et al. (2008) realizaron un estudio en el que evaluaron el efecto del Modelo IDEAS en un consejo breve dirigido a 40 adolescentes con consumo de alcohol. Todos los participantes cumplieron los siguientes criterios de inclusión: haber consumido al menos 4 copas estándar por ocasión, más de 5 veces en los últimos 6 meses y ser estudiantes. Los adolescentes fueron divididos en dos grupos aleatorizados: experimental en el que recibieron un consejo breve de acuerdo con los lineamientos establecidos en el manual: Consejo Breve para Adolescentes que Abusan del Alcohol u otras Drogas (Salazar, Martínez, Pedroza y Vacio, 2008) y el grupo control que no recibió ninguna intervención. El consejo breve consistió en la retroalimentación de los resultados del patrón de consumo, la entrega de un folleto informativo y el establecimiento de una meta de consumo: abstinencia o consumo de bajo riesgo. Todos los participantes recibieron seguimientos a los 3 y 6 meses, y los resultados mostraron que el consejo breve fue efectivo al reducir el patrón de consumo de alcohol entre los adolescentes del grupo experimental, observando diferencias significativas contra el grupo control en la fase de seguimiento a los 3 y 6 meses. Se evaluó la cantidad de copas estándar consumidas en un periodo de 3 meses para ambos grupos y los resultados indicaron que el grupo experimental consumió en promedio 40.8 copas estándar antes de la intervención, 12.04 copas estándar en el seguimiento a los 3 meses, y 14.30 copas a los 6 meses. Por otro lado, el grupo control consumió en promedio 41.5 copas estándar antes de la intervención, 48 copas en el seguimiento a los 3 meses y 40.76 copas a los 6 meses. Estos resultados nos permiten observar la efectividad del consejo breve basado en el modelo IDEAS, el

cual impacta en la reducción del consumo de alcohol incluso 6 meses después de haber recibido el tratamiento.

En conclusión, los hallazgos de los estudios expuestos en esta sección nos llevan a entender que el consejo breve es efectivo para tratar de consumo de sustancias legales e ilegales generando una disminución en los niveles de consumo y problemas asociados, así como aumentos en la autoeficacia de los usuarios. Por lo que el consejo breve debe ser considerado una herramienta fundamental para el tratamiento de las adicciones, el cual contiene componentes fundamentales para su correcta implementación, los cuales serán discutidos a continuación.

### **Modelo Transteórico de Cambio**

El Modelo Transteórico de Cambio fue desarrollado por Prochaska y DiClemente en 1982 como resultado de la integración de los principios y componentes de diferentes intervenciones para explicar los cambios en las personas con adicciones (Berra y Muñoz, 2018). El modelo parte del análisis de los cambios que se producen en el desarrollo de un proceso de modificación de comportamiento, con o sin ayuda de psicoterapia y se basa en el principio de que el cambio no ocurre de una manera continua, sino de una manera secuencial, a través de etapas, en las cuáles se utilizan distintas estrategias de afrontamiento también llamados procesos de cambio según la etapa en la que se encuentre la persona (Flórez-Alarcón, 2005).

Las etapas de cambio propuestas por el modelo son fases que pueden ser identificadas en el individuo ya que tienen características propias de comportamiento y muestran el nivel de y disposición que el individuo tiene al cambio (Berra y Muñoz, 2018), las cuales están divididas en: i) precontemplación, que se caracteriza porque las personas no tienen intención de hacer un cambio en un futuro próximo y se encuentran resistentes a recibir información sobre los riesgos de su conducta, además de no estar lo suficiente motivados para iniciar un proceso de cambio por lo que tienden a ser defensivos y evitar cambiar su pensamiento y comportamiento (Prochaska, DiClemente, y Norcross, 1992; Prochaska y DiClemente, 1992); ii) contemplación, en esta etapa los individuos declaran abiertamente la intención de cambiar y son más conscientes de las ventajas del cambio, pero permanecen agudamente conscientes de los gastos que pudiera implicar por lo que se mantiene una ambivalencia respecto al cambio (Prochaska, Redding y Evers, 1997); iii) preparación, en esta etapa los individuos tienen la intención de tomar medidas para el cambio y progresar en los treinta días posteriores (Grimley, Prochaska, Velicer, Blais y

DiClemente, 1994); iv) acción, en esta fase el individuo ha hecho modificaciones manifiestas y perceptibles en su forma de vida al menos por seis meses (Prochaska et al.,1997); v) mantenimiento, los individuos trabajan para sostenerse en el cambio, prevenir la recaída y consolidar los beneficios asegurados y se caracterizan por tener los más altos niveles de autoeficacia y tener menores riesgos de recaída (Prochaska y DiClemente, 1984).

Por otro lado, el modelo plantea a los procesos de cambio como actividades abiertas o encubiertas y experiencias en las que los individuos se involucran cuando intentan modificar comportamientos problemáticos (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992), los cuáles se dividen en procesos experienciales, que hacen referencia a estrategias cognoscitivas y afectivas, y procesos conductuales, que hacen referencia a estrategias que llevan directamente a la producción del comportamiento o a su mantenimiento los cuáles serán descritos a continuación.

Los procesos experienciales a su vez están divididos en: i) concienciación: es un proceso en el que se incrementa la conciencia acerca de los riesgos que provoca la conducta lo que lleva a resolver la ambivalencia hacia el cambio; ii) liberación social: representa un aumento en la capacidad del sujeto para decidir y escoger, propiciado por una toma de conciencia tanto de la representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla mediante el incremento del repertorio personal de alternativas adaptativas; iii) autorrevaluación: es un proceso de valoración personal acerca del comportamiento problema de manera que se evalúa el grado en que el comportamiento está en contradicción con los propios valores e impide el logro de metas vitales importantes sin dejar a un lado la evaluación de los beneficios que representa dicho comportamiento iv) auto liberación: representa un compromiso personal y un aumento de la capacidad del sujeto para decidir y elegir y requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta; v) relieve dramático: es la experimentación y expresión de reacciones emocionales elicítadas por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos asociados a la conducta problema; vi) reevaluación ambiental: consiste en una valoración del estado actual de las relaciones interpersonales y en un reconocimiento de las consecuencias positivas que produciría el cese de la conducta adictiva respecto a dichas relaciones interpersonales, familiares y de amistad (Santos, González, Fons, Forcada y Zamorano, 2001).



Por otro lado, los procesos conductuales se dividen en: i) manejo de contingencias: estrategia conductual en la que se refuerza una conducta de interés incrementando la probabilidad de que esta conducta ocurra; ii) contra condicionamiento: estrategia para modificar la respuesta (cognitiva, fisiológica y/o motora) elicited por estímulos condicionados a la conducta problema, generando y desarrollando conductas alternativas; iii) control de estímulos: consiste en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para la conducta que se intenta modificar; iv) relaciones de ayuda: representa la existencia y utilización del apoyo social que pueda facilitar el proceso de cambio de la conducta (Santos, González, Fons, Forcada y Zamorano, 2001).

Los conceptos revisados hasta el momento nos permiten conocer los momentos y la manera en que se dan los cambios de comportamiento en los usuarios a través de las diferentes etapas y procesos de cambio, los cuales resultan relevantes en las intervenciones terapéuticas para dirigir los esfuerzos a elaborar intervenciones enfocadas a lo que la persona necesita según la etapa en que se encuentre de tal manera que sean efectivas para el cambio de comportamiento a través de la implementación de herramientas, estrategias y procedimientos (Esparza et al., 2013). La entrevista motivacional ha mostrado ser una estrategia efectiva para aumentar la motivación al cambio y lograr cambios en las etapas de cambio de los usuarios y en consecuencia lograr cambios en el comportamiento adictivo.

### **Entrevista Motivacional**

La entrevista motivacional es una entrevista directiva, no confrontativa, centrada en el cliente, que incluye un estilo de comunicación colaborativo y que está orientado a las metas de la persona que acude a atención, en ella se concibe a la motivación como un estado que puede fluctuar de una situación a otra y que puede ser influenciada para tener cambios hacia una dirección particular (Miller y Rollnick, 2013). La entrevista motivacional puede ser brindada como intervención independiente, como preludeo de motivación para algún tratamiento o en combinación con otros tratamientos clínicos (Hettema, Steele y Miller, 2005).

El principal objetivo de la entrevista motivacional es provocar un cambio de comportamiento mediante el fortalecimiento de la motivación personal, el compromiso al cambio, la exploración de las razones para el cambio y la resolución de la ambivalencia (Miller y Rollnick, 2013); y puede ser útil para ayudar a las personas a reconocer los problemas presentes y potenciales de su conducta y generar cambios, además, es particularmente efectiva para personas que están

renuentes a cambiar o que se encuentran ambivalentes respecto al cambio (Rubak, Sandbæk, Torsten y Christensen, 2005).

Miller y Rollnick (1991) identificaron 8 estrategias necesarias para que la entrevista motivacional sea efectiva: i) ofrecer consejo: el cual debe identificar claramente el problema o el área problemática para después explicar la importancia del cambio, dicho cambio debe ser específico; ii) eliminar obstáculos: consiste en identificar y eliminar los obstáculos importantes que existen en los esfuerzos hacia el cambio, mediante la elaboración de estrategias para resolver problemas; iii) ofrecer alternativas: de tal manera que las personas tengan la libertad de elegir entre las opciones; iv) disminuir la deseabilidad del consumo: aminorar los efectos positivos que puede tener el consumo mediante estrategias como el manejo de contingencia, el contra condicionamiento o la sensibilización encubierta; v) practicar empatía: generar actitudes de calidez, respeto, apoyo, cuidado, preocupación, comprensión empática, compromiso e interés activo; vi) ofrecer retroalimentación sobre la situación actual de consumo y sus consecuencias o riesgos a partir de ella; vii) aclarar objetivos, los cuales deben de ser realistas y alcanzables con el objetivo de que las personas se motiven a alcanzarlo; viii) ofrecer ayuda activa a las preocupaciones de la persona que consume, esto significa estar interesado de forma activa y afirmativa por el proceso de cambio de la persona atendida.

La entrevista motivacional ha mostrado ser efectiva para disminuir el consumo de sustancias en varios estudios empíricos como el de Borelli, Novak, Hecht, Emmons, Papandonatos y Abrams (2005), quienes estudiaron a 273 participantes con el objetivo de probar la efectividad de dos diferentes intervenciones para dejar de fumar. Los participantes fueron divididos de manera aleatoria en dos grupos: el grupo control, que recibió una sola sesión de 5 a 15 minutos en la cual se les proporcionaba una guía de consejo para dejar de fumar, y el grupo de intervención, que recibió 3 sesiones de entrevista motivacional de 20 a 30 minutos de duración, retroalimentación de la prueba de monóxido de carbono, así como un manual de consejos para dejar de fumar y seguimientos telefónicos. Todos los participantes recibieron un seguimiento a los 12 meses y los resultados mostraron diferencias significativas en los niveles de abstinencia, intentos de abandono y número de cigarrillos entre ambos grupos. El grupo control obtuvo un porcentaje de abstinencia de 4.2% en el seguimiento a los 12 meses, mientras que el grupo experimental mostró 8.7%. Por otro lado, el grupo experimental informó de más intentos de abandono de los

cigarrillos (75.8%) que el grupo control (54.8%). Finalmente, los resultados mostraron mayores niveles de reducción de cigarros fumados al día para el grupo experimental que fue de 7.8%, frente al grupo control (3.1%).

Del mismo modo, Monti et al. (2007) mostraron la efectividad de la entrevista motivacional para reducir el consumo de alcohol en 178 adultos, los cuales fueron divididos de manera aleatoria en dos grupos: entrevista motivacional y sesión única de retroalimentación. Los participantes del grupo de entrevista motivacional recibieron una intervención de una duración de 30 a 45 minutos en la que se dio una retroalimentación personalizada, se reforzó la autoeficacia, se habló de los riesgos del consumo de alcohol, y en caso del participante estar de acuerdo, se estableció una meta de consumo. Por otro lado, el grupo de retroalimentación recibió una intervención de una duración de 1 a 3 minutos en el que se les dio únicamente una breve retroalimentación personalizada de su consumo. Todos los participantes recibieron seguimientos a los 6 y 12 meses y al analizar los resultados se obtuvo que solo los participantes que recibieron la entrevista motivacional tuvieron reducciones significativas de su consumo de alcohol en ambos seguimientos, así como una disminución en el número de infracciones automovilísticas y accidentes relacionados con el consumo.

Por otro lado, la entrevista motivacional también se ha mostrado efectiva para aumentar los niveles de motivación. Flórez-Alarcón y Castellanos-Morales en 2011 realizaron un estudio para evaluar los cambios en la motivación autónoma y controlada en un grupo de 63 adolescentes con consumo riesgoso y excesivo de alcohol según los puntajes obtenidos en el cuestionario de línea base (Ewing, 1984). Posteriormente, los participantes fueron divididos en dos grupos: grupo control y grupo experimental, siendo este último el que recibió la intervención de entrevista motivacional. El grupo de intervención recibió 6 sesiones semanales que consistieron en la aplicación del cuestionario de autorregulación para el tratamiento (TSRQ, Ryan y Connell, 1989), la exploración de los efectos del alcohol, la retroalimentación sobre el consumo personal, la identificación de situaciones de riesgo y consecuencias del consumo, la implementación del balance decisional, solución de problemas y planificación del autocontrol. Todos los participantes recibieron un seguimiento a las 4 semanas del tratamiento y al analizar los resultados se encontraron aumentos en la motivación autónoma y controlada para el grupo experimental después de recibir la intervención, no siendo así para el grupo control, sin embargo,

estas diferencias solo fueron significativas para la motivación controlada, lo que supone la efectividad de la entrevista motivacional para aumentar la motivación y promover el consumo moderado de alcohol.

Se puede concluir a partir de los estudios presentados en este apartado, que la entrevista motivacional es efectiva para disminuir el patrón de consumo de sustancias, disminuir los problemas asociados al consumo y aumentar la motivación para reducir el consumo. Dado que la motivación supone un factor primordial en la implementación de la entrevista motivacional y del consejo breve ya que a través de esta se facilita el cambio de conducta, resulta relevante su revisión en este trabajo.

### **Motivación al Cambio**

La motivación puede ser definida como un estado interno de disponibilidad o deseo de cambio que está influido por factores externos del medio ambiente e internos como las experiencias personales, las necesidades de bienestar, la autoconcepción y valía propia, el sistema de creencias, los afectos y emociones; por lo que está sujeta a cambios en el contexto temporal y situacional (Miller y Rollnick, 1999).

La motivación define la probabilidad de que una persona inicie, continúe, y se comprometa con una estrategia específica para cambiar (Miller, 1985), además influye en la dirección, intensidad y perseverancia de la conducta dirigida a una meta (Herrera y Herrera, 2004). Mientras que la falta de motivación puede llegar a ser la principal causa de falta de progresos en el tratamiento de las adicciones (Torres, 2010).

La motivación al cambio no depende únicamente de las características de la persona por lo que es posible desarrollar y evaluar intervenciones psicológicas que aumenten la probabilidad de iniciar, continuar y cumplir con acciones relevantes para cambiar la conducta de consumo en los usuarios. El desarrollo de estas intervenciones deberá tomar en cuenta principalmente el estilo terapéutico y las actitudes desarrolladas por los terapeutas, ya que dichas actitudes influyen poderosamente sobre si un usuario inicia, continua y cumple con éxito un tratamiento (Miller, 1985).

La incidencia de la motivación en la efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos ha sido demostrada en el estudio Frías, González, Palma y Farriols (2016), en el que participaron 54

pacientes con diagnóstico de distimia, los cuales recibieron un tratamiento farmacológico y terapéutico. El tratamiento terapéutico consistió en una intervención interpersonal breve con sesiones bimensuales durante un periodo de 16 semanas, las cuales consistieron en la implementación de estrategias de activación conductual y resolución de problemas. Una vez finalizado el tratamiento se llevó a cabo un análisis para evaluar las variables predictoras de la respuesta positiva al tratamiento y de la asistencia de los pacientes al mismo. Para ello, se evaluó la motivación al cambio a través de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA, Di Clemente y Hughes, 1990; Rojas y Espinoza, 2008); las estrategias de afrontamiento mediante el Inventario de Estrategias de afrontamiento (WATOI; Duncan y Miller, 1999); la alianza terapéutica a través del Inventario de la teoría de cambio de la Alianza de Trabajo (WATOI; Duncan y Miller, 1999); y la autoeficacia percibida de los pacientes mediante la Escala de Autoeficacia General (GSE, Besase y Schwarzer, 1996). Los resultados mostraron que la autoeficacia percibida de los pacientes predecía de manera estadísticamente significativa una buena respuesta al tratamiento, traducida en la disminución de los puntajes del Inventario de Depresión de Beck (BDI, Beck y Beck, 1972). Por otro lado, la motivación al cambio fue la única variable que mostró ser predictora tanto de la respuesta positiva al tratamiento como de la asistencia a las sesiones de tratamiento. Por lo que se puede concluir que la motivación al cambio resulta ser una variable relevante para generar cambios en los pacientes que acuden a tratamiento disminuyendo síntomas depresivos y aumentando el número de sesiones que el paciente acude a tratamiento.

Estos hallazgos son consistentes en el tratamiento de consumo de sustancias. Tamblay y Seijas (2008) realizaron un estudio con 105 participantes con el objetivo de estudiar la motivación y su relación con el éxito de tratamientos dirigidos al consumo de tabaco. Los participantes habían recibido previamente un tratamiento para dejar de fumar, el cual incluyó terapia grupal y tratamiento con medicamentos para tratar síntomas de abstinencia. El estudio consistió en el seguimiento de dichos participantes a un año de la finalización del tratamiento a los que se les aplicó un cuestionario sobre su actual consumo de tabaco y toma de medicamentos recetados en el tratamiento. Los resultados del cuestionario fueron corroborados con la historia clínica para posteriormente ser analizados con el objetivo de obtener los factores protectores para continuar en abstinencia de tabaco hasta un año después del tratamiento. Los resultados mostraron que la toma de medicamentos para tratar los síntomas de abstinencia fue un factor

protector para abstinencia de tabaco. Por otro lado, se encontró que un puntaje alto en el ítem automático del cuestionario de motivación para dejar fumar fue también un factor protector que propiciaba la abstinencia de los participantes, sin embargo, estos resultados fueron significativos solo para el grupo de mujeres.

En resumen, la motivación de las personas que asisten a un tratamiento resulta ser un factor incidente en la efectividad de una intervención derivada de una buena respuesta al tratamiento y de los cambios en el comportamiento que se pretenden modificar. Sin embargo, la motivación no es el único factor determinante del cambio de un comportamiento, existen otros factores propios del usuario como la autoeficacia y la percepción de riesgo que regulan los cambios de conducta y han mostrado tener una relación con la conducta de consumo, los cuales serán discutidos a continuación.

### **La autoeficacia**

El concepto de autoeficacia se dio a conocer por primera vez en la Teoría de Autoeficacia propuesta por Bandura en 1977 en la que la autoeficacia es definida como la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados y depende de cuatro principales factores: logros pasados, experiencia indirecta, persuasión verbal y estado emocional.

La autoeficacia regula la motivación y la ejecución de los individuos ya que determina la iniciación y el mantenimiento de una conducta, así como el tiempo y el esfuerzo que se dedica a comportamientos dirigidos a vencer obstáculos o manejar situaciones estresantes. Del mismo modo, la autoeficacia tiene un efecto en las metas, las aspiraciones, las expectativas, el estado afectivo y la percepción de los impedimentos y oportunidades del ambiente social de los individuos, por lo que resulta ser un útil predictor de los cambios de comportamiento (Bandura, 1997).

La aparición de la Teoría de Autoeficacia (Bandura, 1977) ha dado lugar a varias investigaciones encaminadas a analizar la relación entre la percepción de autoeficacia y la

ejecución de los sujetos en áreas de conducta sexual (Chewning et al., 2001; Sanderson y Yopyk, 2007), intentos de suicidio (Dieserud, Røysamb, Ekeberg y Kraft, 2001; Kaslow et al., 2002), conducta antisocial y delictiva (Bandura, Caprara, Barbaranelli, Pastorelli y Regalia, 2001; Caprara, Scabini, Barbaranelli, Pastorelli y Bandura, 1998), así como en el área de las adicciones (Burling, Reilly, Moltzen, y Ziff, 1989; McKay, Maisto y O'Farrell, 1993). Los resultados de estas investigaciones han señalado que altos niveles de autoeficacia están relacionados con conductas saludables y con un mayor rechazo hacia conductas que pongan en riesgo la salud del individuo.

Desde esta perspectiva, Skuttle (1999) realizó un estudio para determinar la relación entre la autoeficacia, la severidad del consumo de alcohol, y los beneficios psicológicos percibidos del consumo en el que participaron 203 hombres con consumo de alcohol. Todos los participantes recibieron una entrevista estructurada y respondieron los siguientes instrumentos: versión modificada del Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ, Annis, 1984), versión sueca del Inventario de Uso de Alcohol (AVI; Berglund et al., 1988) y cuestionario de auto reporte con el objetivo de identificar los niveles de autoeficacia y el nivel de severidad de abuso de alcohol. Posteriormente los participantes fueron divididos en tres grupos de acuerdo con el puntaje obtenido en el AVI: los participantes con puntajes entre 6 y 13 fueron clasificados como de abuso moderado de alcohol, de 14 a 18 puntos fueron clasificados como abuso sustancial y los participantes con puntajes de 19 a 24 fueron clasificados como abuso severo. Al analizar las variables, los resultados mostraron que las personas con abuso severo de alcohol presentaban menos seguridad para enfrentar todas las situaciones del Cuestionario de Confianza Situacional en comparación con las personas con abuso moderado; del mismo modo, las personas con abuso severo se mostraron menos autoeficaces para enfrentar situaciones de riesgo de consumo relacionadas con emociones agradables y emociones desagradables en comparación con los de abuso sustancial. Por otro lado, se encontró que la cantidad de beneficios psicológicos percibidos por el consumo tiene efecto con 5 de las subescalas del Cuestionario de Confianza Situacional, siendo éstas las relacionadas con conflictos interpersonales, presión social, emociones agradables con otros, emociones desagradables y malestar físico. Al analizar el puntaje total obtenido del Cuestionario de Confianza Situacional los resultados mostraron que éste se relacionaba de manera positiva con el nivel de abuso de alcohol y los beneficios psicológicos percibidos por el

consumo. Finalmente, los resultados señalaron que los participantes con abuso severo y que percibían grandes beneficios del consumo se mostraban menos autoeficaces para enfrentar situaciones de riesgo de consumo, mientras que las personas con abuso moderado de alcohol y que percibían bajos beneficios del consumo se sentían más seguros para enfrentarlas.

Siguiendo la misma línea, Oie, Hasking y Phillips (2007) realizaron un estudio para medir el impacto de la autoeficacia general y específica a una tarea en los niveles de consumo de alcohol de 294 participantes con consumo de alcohol, los cuales estuvieron divididos en dos grupos preestablecidos: personas de la comunidad y personas de una clínica. A todos los participantes se les aplicaron tres instrumentos: la Escala de Autoeficacia General (GSE, Sherer et al., 1982); Cuestionario de Autoeficacia para Rehusarse al Consumo (DRSEQ, Young y Oei, 1996) y el Cuestionario de Expectativas sobre beber (DEQ, Young y Oei, 1996). Al realizar análisis de regresión los resultados señalaron que, para el grupo de la comunidad, el nivel de autoeficacia para rehusarse al consumo era predictor de la cantidad de alcohol consumido, así como de la frecuencia del consumo. Mientras que, para el grupo de la clínica, los resultados en autoeficacia general resultaron predictores de la cantidad de consumo de alcohol, así como su frecuencia de consumo.

Los resultados de estos estudios apuntan a la necesidad de contar con intervenciones enfocadas a la identificación y aumento de niveles de autoeficacia para enfrentar situaciones de consumo ya que se ha demostrado que la autoeficacia específica a una tarea está relacionada con la cantidad de alcohol que se consume, así como la frecuencia y los niveles de dependencia al alcohol.

## **Percepción de riesgo**

La percepción de riesgo es entendida como el grado en que se atribuye a un determinado tipo de conducta una amenaza especial para la salud (Herruzo et al., 2007) y se sustenta en creencias, percepciones, historia, información y motivación de cada individuo (García, 2012).

La percepción de riesgo es una construcción central en muchas de las teorías de cambio del comportamiento de la salud, en las que se incluye el Modelo de Creencias de Salud (Janz y Becker, 1984), la Teoría de la Motivación de Protección (Rogers, 1975) y el Modelo de



Adopción de la Precaución (Weinstein, 1988). Todas estas teorías proponen que la percepción de riesgo del individuo puede motivar ciertos comportamientos relacionados con el evento. Mientras mayor sea la percepción de riesgo de una conducta, más probabilidades hay de que la persona evite llevarla a cabo y de que ejecute conductas de precaución para evitar el peligro y las consecuencias negativas (Dillard, Ferrer, Uber y Fagerlin, 2012).

Dentro del área de los trastornos por consumo de sustancias, se ha destacado a la baja percepción de riesgo como uno de los factores que en mayor medida promueven o favorecen el consumo de sustancias, ya que al considerar que no existen consecuencias negativas de dicha conducta, es más probable que las personas la lleven a cabo (Peñañiel, 2009). Aunado a ello, una baja percepción de riesgo favorece las actitudes positivas hacia el consumo y la percepción de grandes beneficios a partir de éste, lo que a su vez promueve la continuación de la conducta (Gil, 2008).

La relación entre la percepción de riesgo y el consumo de sustancias se ha resumido en trabajos como el de Gil (2008), en el que participaron 1294 adolescentes, los cuales respondieron encuestas relacionadas con el consumo, a partir de las cuales se elaboraron análisis para determinar los factores de riesgo y protección para el consumo de alcohol. Los resultados mostraron que las opiniones favorables hacia el consumo son uno de los factores de riesgo para el consumo de alcohol, ya que mientras más opiniones favorables mayor era el consumo reportado por los participantes, mayor era el consumo de alcohol por parte de los participantes por su parte, uno de los factores protectores del consumo resultó ser la percepción de que el consumo de alcohol puede llevar a consecuencias negativas.

Siguiendo la misma línea, Mendez-Ruiz et al. (2018), realizaron un estudio con 251 participantes con el objetivo de determinar la relación entre la percepción de riesgo y el consumo de alcohol en adolescentes mexicanos. Para ello se aplicó una versión adaptada del Cuestionario de Percepción de Riesgo hacia el Consumo de Alcohol (Uribe, Verdugo y Zacarías, 2011) y el AUDIT (OMS, 2001) para identificar el patrón de consumo. Los resultados indicaron una relación significativa y negativa, entre la puntuación de la percepción del riesgo y el puntaje total del AUDIT ( $r = -.235, p = .001$ ), indicando que, a mayor percepción del riesgo hacia el consumo de alcohol, menor es la implicación con dicha sustancia.

En resumen, los hallazgos de los estudios presentados en este apartado proporcionan evidencia de que la percepción de riesgo de la conducta de consumo tiene una correlación negativa con la consecución de dicha conducta, es decir, que a menor percepción de riesgo mayor es la implicación de las personas con la conducta de consumo y viceversa.

Por otro lado, podemos concluir a partir de la evidencia presentada hasta el momento, que las intervenciones breves en adicciones, así como el consejo breve resultan ser terapias efectivas para disminuir el consumo de sustancias y sus consecuencias asociadas; además podemos afirmar que las variables como la motivación, autoeficacia y percepción de riesgo de las personas que asisten a tratamiento resultan ser factores incidentes en el cambio del comportamiento. Sin embargo, cabe recalcar que no solo las características propias del usuario y el enfoque terapéutico utilizado para su atención son las únicas variables que facilitan el cambio terapéutico, son también las competencias y características propias del terapeuta variables importantes que inciden en los resultados del tratamiento, por lo que resulta relevante identificar qué competencias son las que están relacionadas con el cambio de comportamiento de los usuarios (Maurino et al., 2019).

### **Competencias de Terapeutas**

Las competencias pueden ser definidas como un conjunto de conocimientos, habilidades, valores y actitudes adquiridos a través de la experiencia y el aprendizaje que permiten la adecuada ejecución de una tarea (Bartram y Roe, 2005). Las competencias se ponen de manifiesto en la acción por lo que pueden ser demostradas, observadas y evaluadas durante la ejecución de una tarea (Manley y Garrett, 2000).

Dentro del campo de la psicología como en cualquier otra profesión existen competencias necesarias para su práctica. The European Certificate in Psychology (2015) clasifica dichas competencias en dos grupos: las competencias primarias y las competencias posibilitadoras. Las competencias primarias son las que se relacionan con el contenido psicológico del proceso de práctica profesional y son específicas de la profesión de psicología en sus contenidos, conocimientos y habilidades requeridos para su desempeño. Mientras que las competencias posibilitadoras son las que permiten brindar un servicio eficaz y se comparten con otras profesiones. Ambas competencias son esenciales para prestar los servicios de forma

profesionalmente aceptable mostrando las habilidades necesarias y las actitudes apropiadas para la práctica adecuada de la profesión.

Las competencias específicas pueden ejecutarse en todos los campos de actuación de la profesión de psicología, sin embargo, esto no quiere decir que se manifiesten de la misma manera en todas las esferas, ya que las competencias son contextualizadas y adquieren especificidad en el ámbito en donde se ejecutan (González, Fabelo y Naranjo, 2013). Por lo que definir estándares de competencia a nivel general, cubriendo todas las áreas de la psicología puede resultar poco práctico para definir competencias de áreas especializadas (Bartram y Roe, 2005).

Dado lo anterior, resulta relevante definir cuáles son las competencias de los psicólogos en las diferentes áreas de psicología y para el propósito de este trabajo, definir específicamente las competencias necesarias en el área de psicología clínica.

Dentro del área clínica, las competencias pueden ser denominadas “competencias terapéuticas” y son definidas como la medida en que un psicólogo clínico tiene el conocimiento y la habilidad necesarios para brindar un tratamiento al estándar necesario para lograr los efectos esperados (Fairburn y Cooper, 2011). Para ello, es necesario que el terapeuta conozca el tratamiento, tenga las habilidades para implementarlo, tenga la voluntad de implementarlo como se ha previsto y que el usuario se encuentre dispuesto a recibirlo (Barber, Sharpless, Klostermann y McCarthy, 2007).

Siguiendo con lo anterior, Barber, Sharpless, Klostermann y McCarthy (2007) propusieron que dentro de las habilidades terapéuticas requeridas para implementar un tratamiento existen dos grandes grupos: las competencias globales, que se refieren a las competencias necesarias para manejar de manera independiente casos clínicos de manera adecuada y ayudar a los usuarios a alcanzar sus objetivos, e incluyen habilidades relacionadas con la evaluación, el desarrollo de tratamientos, tareas de interconsulta, diagnóstico clínico e investigación, acompañadas por actitudes de actualización de conocimientos, respeto y ética (Galecio, 2005); y las competencias de dominio limitado, que son un subconjunto de las competencias globales y se expresan únicamente en el contexto de una determinada modalidad de tratamiento psicoterapéutico, dentro de las que se incluyen habilidades y conocimientos necesarios para la aplicación de técnicas específicas de dicha modalidad.

Es por lo anterior que resulta importante identificar no solo las competencias globales terapéuticas del psicólogo clínico, si no, también las competencias específicas del enfoque clínico de tratamiento que se quiere evaluar.

Dado que las intervenciones cognitivo conductuales son las que han mostrado mayor efectividad para tratar el consumo de sustancias, resulta pertinente identificar las competencias necesarias para su implementación. Las competencias básicas para la implementación de un tratamiento cognitivo conductual están divididas en: habilidades terapéuticas, que se relacionan con la relación terapéutica (empatía, aceptación, autenticidad, cordialidad y respeto; habilidades de escucha (clarificación, paráfrasis, reflejo y síntesis); habilidades verbales (preguntas, confrontación, interpretación y análisis de la información); conocimientos generales del modelo cognitivo-conductual; competencias en técnicas conductuales y cognitivas (manejo de contingencias, exposición, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, análisis funcional, etcétera); otras habilidades generales (flexibilidad, seguridad y fluidez) (Barraca, 2009). Por su parte, dentro de una intervención de corte cognitivo conductual, los terapeutas deberán ser capaces de enseñar a los usuarios estrategias de afrontamiento y auto monitoreo, así como de transferir habilidades necesarias que puedan ser mantenidas por los usuarios incluso después de la finalización del tratamiento (Newman, 2010).

Aunado a lo anterior, los terapeutas encargados de brindar tratamientos para el consumo de sustancias deben poseer una integración de conocimientos, habilidades y valores, que le permitan modificar conductas adictivas o de riesgo adictivo (González, Fabelo y Naranjo, 2013). Entre las habilidades que se consideran básicas para la atención integral de las personas con consumo de sustancias están el identificar, elaborar, diseñar, diagnosticar, realizar acciones psicoterapéuticas, así como desarrollar la capacidad de análisis y argumentación de casos ofreciendo recomendaciones. Por otro lado, las actitudes fundamentales son la responsabilidad, el humanismo, la honestidad, el respeto absoluto a las normas ético-profesionales, la constante actualización científico-profesional y el dominio de las especificidades histórico-sociales que han condicionado el desarrollo de la psicología clínica y de la salud (Fabelo, Iglesias, Gonzáles y Naranjo, 2014).

Siguiendo la misma línea y de acuerdo a los Estándares del Programa de Consejería Clínica de Salud Mental (CACREP, 2009) las competencias necesarias para el tratamiento de adicciones

incluyen además: conocimientos relacionados con teorías etiológicas de enfermedad, habilidades relacionadas con el desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento del consumo de sustancias, habilidades para la identificación y aplicación de instrumentos de evaluación de consumo de sustancias, conocimientos relacionados con el concepto de comorbilidad, así como habilidades relacionadas con su identificación y diagnóstico, habilidades para identificar el tratamiento apropiado según el nivel de consumo de los usuarios y capacidad para implementar estrategias de consejo motivacional.

### ***Competencias terapéuticas y éxito del tratamiento***

La implementación de competencias durante una intervención terapéutica resulta relevante para el éxito de un tratamiento ya que si bien el logro de los objetivos de la intervención está en función de múltiples variables como son la elección de un enfoque terapéutico adecuado al caso, el correcto análisis de las variables causales y la elección de unas técnicas eficaces, así como de las características del sujeto atendido, dicho logro también dependerá de las habilidades que el clínico posea e implemente (Barraca, 2009). Ya que, si bien las competencias no tienen un impacto directo en la recuperación de los usuarios, su implementación modera los efectos de algunas variables durante el tratamiento (Barber, Sharpless, Klostermann y McCarthy, 2007).

El efecto que tiene la implementación de competencias terapéuticas en la mejora de síntomas de los usuarios ha sido mostrado por Strunk, DeRubeis, Brotman y Holon (2010), quienes realizaron un estudio en el que participaron 60 usuarios con diagnóstico de depresión y 6 terapeutas con experiencia en terapia cognitivo conductual con el objetivo de evaluar el nivel de competencias implementadas por los terapeutas como predictor de la mejora de los síntomas depresivos de los usuarios. Los usuarios fueron asignados por conveniencia a alguno de los 6 terapeutas, de tal modo que todos los terapeutas atendieron aproximadamente el mismo número de usuarios. Para el propósito del estudio fueron evaluadas variables del terapeuta y variables de los usuarios atendidos. En lo que respecta a los usuarios, se evaluaron las variables de severidad de los síntomas de depresión antes, después y al inicio de cada sesión del tratamiento mediante El Inventario de Depresión de Beck (BDI, Beck et al., 1996) y La Escala Heteroaplicada de Hamilton para Depresión (HRSD, Hamilton, 1960); por otro lado, se evaluó la coexistencia de algún trastorno de la personalidad mediante la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV. (SCID-II, Pitzer, Williams, Gibbons, y First, 1990 y la

severidad de los niveles de ansiedad mediante la Escala de calificación de Hamilton para Ansiedad (Hamilton, 1959). Por otro lado, se evaluaron los niveles de competencias implementadas por los terapeutas cada sesión mediante la Escala de Terapia Cognitiva (CTS, Young y Beck, 1988), la cual evalúa los siguientes aspectos: agenda, retroalimentación, comprensión, efectividad interpersonal, colaboración, uso eficiente del tiempo, descubrimiento guiado, enfoque en comportamientos y cogniciones clave del usuario, estrategias de cambio, aplicación de técnicas cognitivo-conductuales y asignación de tareas. Al analizar la relación entre las variables estudiadas los resultados mostraron que el nivel de competencias implementadas por el profesional en la sesión estaba positivamente correlacionado con los cambios en los síntomas depresivos del usuario reportado en la siguiente sesión. Por otro lado, el promedio total de competencias implementadas durante la intervención resultó ser un predictor del cambio en los síntomas de los usuarios presentados durante las primeras 4 sesiones del tratamiento. Al analizar cada ítem de la CTS, los resultados mostraron un mayor efecto de correlación en los ítems de agenda, enfoque en cogniciones y comportamientos clave, administración del tiempo, aplicación de técnicas cognitivo-conductuales y asignación de tareas. Finalmente, los resultados mostraron que una puntuación alta en la dificultad del paciente por parte de los terapeutas, así como la coexistencia de algún trastorno de la personalidad reducía la magnitud de cambios en los síntomas de sesión a sesión.

Dentro de la misma línea, Brown et al. (2012) realizaron un estudio en el que participaron 176 personas con diagnóstico de ansiedad generalizada, trastorno del pánico, trastorno de ansiedad social y estrés postraumático, así como 14 profesionales de la salud que fueron calificados como novatos en terapia cognitivo conductual con el objetivo de determinar la relación entre la adherencia, las competencias de los terapeutas y los resultados clínicos de un tratamiento cognitivo conductual para el tratamiento de ansiedad. Los participantes fueron divididos de manera aleatoria en dos grupos: el grupo control que recibió el tratamiento usual y el grupo experimental que recibió el Tratamiento Coordinado de Aprendizaje y Manejo de Ansiedad (CALM). Los participantes del grupo experimental recibieron una intervención aplicada por uno de los profesionales de la salud apoyado de un sistema computarizado, el cual guiaba a ambos a través de los distintos módulos del tratamiento ofreciendo apoyo visual de información relevante para los módulos. Todas las sesiones fueron videograbadas para posteriormente seleccionar de manera aleatoria una sesión de entre la primera y veintea sesión para su observación y

evaluación por parte de un experto en tratamiento cognitivo conductual. Los evaluadores calificaron las competencias y adherencia de los terapeutas mediante escalas creadas para propósitos del mismo experimento, las cuales contenían ítems que variaban dependiendo del módulo que estuviera siendo presentado en la sesión evaluada y fueron calificados del 1 al 7, en el que 7 significaba la mayor adherencia o implementación de competencia posible y 1 la menor posible. Por otro lado, los síntomas psicológicos de los participantes fueron evaluados mediante 4 instrumentos: el Inventario Breve de Síntomas (BSI), el Índice de Severidad de Ansiedad (ASI), el Cuestionario de Salud en los Pacientes (PHQ-6) y la Escala de Discapacidad de Sheehan (SDS), estos instrumentos fueron aplicados antes del tratamiento, así como a las 6, 12 y 18 meses de finalizar el tratamiento. Al realizar los análisis de correlación, el estudio reveló que las competencias presentadas por los terapeutas predecían los cambios sintomáticos en los usuarios en las mediciones a los 12 y 18 meses no siendo así para la variable de adherencia.

Estos hallazgos son consistentes en el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias. Campos-Melady, Smith, Meyers, Godley y Godley (2017) realizaron un estudio con 384 adolescentes y 91 terapeutas con el objetivo de analizar las calificaciones de competencia y adherencia de los terapeutas y su relación con los resultados del paciente en un tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias. Para ello, los terapeutas recibieron un entrenamiento de tres días para la implementación del tratamiento de Enfoque de Refuerzo Comunitario para Adolescentes (A-CRA por sus siglas en inglés), posteriormente realizaron intervenciones con adolescentes las cuales fueron video grabadas para posteriormente ser evaluadas por personas entrenadas. Tanto las competencias como la adherencia a los procedimientos del tratamiento fueron evaluadas mediante la Lista de verificación de Procedimientos A-CRA, la cual incluye todos los procedimientos del manual de A-CRA: habilidades de comunicación, resolución de problemas, fomento sistemático y muestra de sobriedad; los cuáles a su vez incluyen al menos dos componentes para su implementación. Para evaluar las competencias, cada componente de cada procedimiento fue evaluado en una escala del 1 al 5, en el que 1 corresponde a una mala ejecución y 5 a una excelente ejecución, por otro lado, la adherencia se evaluó a partir de si el procedimiento había sido ejecutado o no. El nivel de competencias se determinó a partir del promedio obtenido de la calificación de los componentes de los procedimientos y el total de adherencia se obtuvo a partir del número de procesos completados en la intervención por cada paciente. Por otro lado, los resultados de los usuarios fueron evaluados a partir del número de

días de abuso de cualquier sustancia en los últimos 90 días. Los participantes recibieron un seguimiento a los 3, 6 y 12 meses y los resultados mostraron decrementos significativos en los días de consumo excesivo de sustancias en los usuarios a través de los seguimientos, siendo el momento de mayor decremento el observado de la línea base a los 3 meses de seguimiento. Por su parte, los resultados mostraron que los niveles de competencia de los terapeutas tuvieron un efecto significativo en el número de días de consumo excesivo de sustancias de los clientes, lo que muestra que entre mayores competencias menos días de consumo excesivo mostraban los usuarios, no siendo así para los niveles de adherencia de los terapeutas, caso en el cual no predecían el número de días de consumo excesivo por parte de los usuarios.

Los hallazgos de los estudios descritos en este apartado apuntan a la conclusión de que el nivel de competencias está positivamente relacionado con la mejora en la severidad de síntomas en usuarios atendidos, así como con la disminución de consumo de sustancias psicoactivas.

A partir de estos resultados, surge la necesidad de contar con métodos de evaluación de competencias que den cuenta de la ejecución de los profesionales de la salud durante la implementación de un tratamiento. De esta manera es posible identificar las competencias mayormente y menormente implementadas, lo cual puede resultar útil para la investigación de la utilidad de tratamientos y la evaluación de los resultados de entrenamientos.

### ***Evaluación de competencias***

Se han utilizado diversas estrategias para evaluar las competencias de los terapeutas en la implementación de un tratamiento, esto con el objetivo de identificar si los terapeutas son capaces de brindar cierto tratamiento de manera efectiva. Fairburn y Cooper (2011) consideran que hay dos principales métodos cuantitativos para la evaluación de las competencias de los terapeutas: la evaluación directa del conocimiento y la evaluación de competencias durante la implementación de un tratamiento. La evaluación directa de conocimiento consiste en evaluar conocimientos relacionados con el tratamiento, sus técnicas, procedimientos, indicaciones, contraindicaciones, problemáticas comunes del tratamiento y su resolución a través de ensayos, exámenes orales o pruebas a lápiz y papel (Newble, 2004), sin embargo, ya que el conocimiento no se puede estandarizar, esta estrategia puede no ser del todo fiable y los resultados de este tipo de evaluaciones pueden carecer de validez. Por otro lado, la evaluación de competencias durante la implementación de tratamientos puede realizarse a través



de distintos métodos. El primer método consiste en evaluar el nivel de competencia del terapeuta en relación con el número de pacientes que egresan del tratamiento, sin embargo, este método puede tener diversas complicaciones ya que el egreso del usuario depende de diversas variables y si estas no son consideradas en la evaluación entonces se podrían obtener resultados no válidos. Otro método consiste en la evaluación de situaciones simuladas del tratamiento en las que se emulan situaciones reales a través de usuarios estandarizados o simulados, los cuales son utilizados para evaluar competencias generales y específicas, no obstante, aunque las situaciones simuladas son potenciales herramientas de aprendizaje tienen algunas limitaciones, ya que la experiencia de una situación simulada es una experiencia subjetiva diferente a la de estar en la sala con un individuo real (Sharpless y Barber, 2009). El último método consiste en la evaluación directa de las sesiones de tratamiento, en este método se evalúa la calidad de las sesiones mediante procesos estandarizados, para ello dichas sesiones son generalmente video grabadas para después ser observadas y analizar la presencia y la calidad de técnicas y características predeterminadas por parte del terapeuta, este método resulta ser de gran utilidad ya que la observación directa es uno de los mejores métodos para estudiar la conducta en una situación determinada, y permite dar cuenta del grado de dominio que un individuo posee de ciertas competencias mediante su actuación en contexto (Moreno, 2012).

La observación directa de sesiones de tratamiento ha sido empleada por algunos autores para evaluar las competencias de terapeutas en la implementación de tratamientos cognitivo-conductuales. Branson, Shafran y Myles (2015) evaluaron las competencias de 43 terapeutas durante un entrenamiento en terapia cognitivo conductual para el tratamiento de ansiedad y depresión con el objetivo de encontrar la relación entre su implementación y el egreso de los usuarios. Para ello, todas las sesiones fueron videograbadas y 3 de ellas en momentos diferentes del entrenamiento fueron seleccionadas para ser observadas y evaluadas por otros terapeutas experimentados en la terapia cognitivo conductual mediante la Escala Revisada de Terapia Cognitivo Conductual (Blackburn et al., 2001). La evaluación de los terapeutas consistió en calificar en una escala del 0 al 6 cada ítem de la escala en la que 0 significó que el terapeuta era incompetente y 6, experto. Posteriormente, para comprobar la fiabilidad de las calificaciones, todos los observadores calificaron las mismas 9 sesiones con el objetivo de obtener el acuerdo inter-sujetos. Los resultados mostraron un aumento significativo en la calificación obtenida de la Escala Revisada de Terapia Cognitivo Conductual con el paso del entrenamiento. Por otro lado,

se encontró una correlación positiva pero no significativa entre la calificación obtenida a partir de la escala y la disminución de los síntomas de depresión y ansiedad de los usuarios.

Barnfield, Mathieson y Beaumont (2007) también utilizaron la observación directa como una de las estrategias para evaluar el efecto de un entrenamiento en terapia cognitivo conductual en el desarrollo de competencias terapéuticas de 13 profesionales experimentados en salud mental. El entrenamiento de los participantes consistió en 300 horas teóricas y 300 horas prácticas en las que se incluyeron lecturas, juego de roles, ejercicios prácticos, modelamiento mediante la revisión de videograbaciones de expertos en sesiones de tratamiento, grupos de discusión. Todos los participantes ofrecieron tratamiento en centros de atención de salud mental durante su entrenamiento y fueron evaluados por expertos en TCC mediante la observación directa de videograbaciones de las sesiones de tratamiento a los 2 y 6 meses del entrenamiento mediante la utilización de la Escala Revisada de Terapia Cognitiva (CTS-R, Blackburn, 2001) y el Formulario del Supervisor (SRF, Barnfield, 1999) en el que los expertos evaluaron 24 diferentes habilidades en los participantes en una escala del 0 al 6, en la que a mayor puntaje, mayor experiencia. Adicional a estos instrumentos se utilizó la Encuesta Revisada sobre Terapia Conductual (BTS-R, Freiheit y Overholser, 1997) para evaluar los conocimientos de conceptos y procedimientos en terapia cognitivo conductual, el cual consistió en 20 preguntas de opción múltiple aplicadas a los participantes entrenados. Al analizar los resultados se encontró un aumento en las calificaciones obtenidas de la medición a los 2 meses a la medición de los 6 meses, el cual resultó ser estadísticamente significativo para todos los instrumentos aplicados lo que sugiere un incremento en el desarrollo de competencias gracias al entrenamiento recibido por los participantes.

A partir de estos resultados y la literatura revisada en este segmento podemos concluir que las competencias terapéuticas son un conjunto de habilidades, actitudes y conocimientos que al ser implementadas en un tratamiento inciden en la mejora de severidad de los síntomas de los usuarios atendidos, por lo que resulta relevante desarrollar métodos efectivos para poder evaluarlas. La observación directa de grabaciones de sesiones de un tratamiento con pacientes reales resultan ser herramientas adecuadas para la evaluación de competencias de terapeutas ya que a través de éstas se obtienen los resultados de las ejecuciones reales de los terapeutas y a

partir de ello se pueden utilizar varios instrumentos para calificar dichas ejecuciones, lo cual es altamente relevante para fines de investigación y propósitos de mejora de entrenamientos.

## **Justificación**

Dado que la dependencia de sustancias es un trastorno crónico, que con frecuencia concurre con otros trastornos físicos y mentales (OMS, 2004), es importante conocer los factores que afectan la efectividad de sus intervenciones. Si bien la literatura apunta a que la efectividad de las intervenciones es multifactorial ya que depende de factores tanto del usuario atendido como de factores externos (Barraca, 2009), las competencias de los profesionales de salud toman relevancia ya que suponen un factor importante en cualquier intervención para generar cambios en el usuario, así como para lograr las metas establecidas en el tratamiento.

Es por lo anterior que identificar las competencias que son mayormente implementadas por orientadores de consejo breve, así como el efecto que estas tienen en factores que propician un cambio en la conducta de consumo es un tema fundamental en el campo del tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias.

## **Objetivo**

Analizar la relación entre la implementación de habilidades y actitudes por parte de orientadores entrenados en consejo breve en adicciones y los niveles de autoeficacia, percepción de riesgo, motivación y logro de meta de los participantes voluntarios atendidos.

## **Hipótesis**

Mientras mayores niveles de implementación se presenten por parte de los orientadores, mayores serán los niveles de autoeficacia, percepción de riesgo, motivación y logro de meta de los participantes atendidos.

## **Método**

### **Participantes**

Participaron 19 adultos voluntarios que aceptaron recibir un consejo breve en adicciones, con un promedio de edad de 24.07 años ( $n=13$ ), de los cuales siete fueron mujeres y 12 hombres. Todos los participantes reportaron haber consumido alguna sustancia psicoactiva alguna vez en su vida, de los cuáles 16 reportaron haber consumido más de una sustancia y el resto haber consumido únicamente alcohol.

La sustancia de mayor consumo entre los participantes fue el alcohol, ya que todos los participantes reportaron haberla consumido alguna vez en su vida, seguida de tabaco y cannabis con 15 participantes cada una y alucinógenos con seis participantes. Finalmente, las sustancias de menor consumo fueron la cocaína con cuatro participantes, los sedantes o pastillas para dormir con dos participantes y los inhalables y opiáceos con un participante.

Adicionalmente participaron nueve personas entrenadas en Consejo breve en adicciones con edades entre los 20 y 25 años, de los cuales ocho fueron mujeres y uno fue un hombre. Todas las personas que participaron como orientadores estaban cursando el último semestre de la licenciatura de Psicología al momento de realizar este estudio.

### **Criterios de inclusión**

Para las personas atendidas los criterios fueron aceptar participar en el consejo breve y haber consumido al menos una sustancia en los últimos 3 meses.

Para los orientadores, los criterios fueron ser estudiantes de los últimos semestres de licenciatura en psicología y haber recibido el entrenamiento en consejo breve.

### **Criterios de exclusión**

Para las personas voluntarias el criterio de exclusión fue ser menores de 18 años, mientras que para los orientadores el criterio de exclusión fue no acreditar el entrenamiento.

### **Variables**

En los orientadores se estudió la variable de implementación de competencias de consejo breve, es decir, la ejecución de habilidades y actitudes durante las sesiones de consejo breve y

seguimientos. Para su medición se utilizó Lista cotejable de Evaluación conductual de habilidades y actitudes (Morales, Félix, Palafox y Vázquez, 2019) la cual evalúa la presencia o ausencia de habilidades y actitudes durante las sesiones.

Por otro lado se estudiaron cinco variables en los participantes voluntarios atendidos que fueron definidas como factores de cambio: autoeficacia situacional para evitar consumir ante situaciones de riesgo, la cual se evaluó a través de Cuestionario de Confianza Situacional (Echeverría y Ayala, 1997), la autoeficacia general para resolver problemas de la vida diaria a través de la Escala de Autoeficacia General (Baessler y Schwarzer, 1996) , la motivación de los participantes a cambiar su conducta de consumo, la percepción de riesgo al consumo de sustancias y el logro de meta de consumo, es decir si lograron la meta establecida en la sesión anterior ya fuera reducción o abstinencia, las cuales se evaluaron a través de un cuestionario breve con preguntas abiertas.

## **Instrumentos**

### ***Escala de Autoeficacia General (Baessler y Schwarzer, 1996).***

Esta escala mide la percepción estable de una persona acerca de sus competencias personales para hacer frente a de forma eficaz a una gran variedad de situaciones estresantes (Espada, Gónzalez, Orgilés, Carballo y Piqueras, 2012). Para este estudio se utilizó la versión española, la cual está validada para población mexicana (Padilla; Acosta, Guevara, Gómez y González, 2006)

La escala está conformada por 10 ítems que hacen referencia a afirmaciones relacionadas con la capacidad del individuo para resolver problemas, estas afirmaciones son: puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga; puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente; me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas; tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados; gracias a mis cualidades puedo superar situaciones imprevistas; cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles; venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo; puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario; si me

encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer; al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.

Los ítems de Escala de Autoeficacia General cuentan con 4 opciones de respuesta de tipo Likert que van de 1 punto a 4 puntos, las cuales se dividen en: incorrecto (1 punto); a penas cierto (2 puntos); más bien cierto (3 puntos) a cierto (4 puntos), con una puntuación máxima de 40 puntos, en donde a mayor puntaje, mayor es la autoeficacia percibida para cada situación. Esta escala tiene un alfa de Cronbach de .85.

### ***Cuestionario Breve de Confianza Situacional (Echeverría y Ayala, 1997).***

Evalúa la autoeficacia que los individuos perciben para enfrentar ocho diferentes situaciones de consumo, las cuales están divididas en: momentos agradables con otros; emociones agradables; conflictos con otros; necesidad física; probando el control sobre el consumo; emociones desagradables; presión social y malestar físico.

Consta de 8 ítems que incluyen dichas situaciones y cuyas opciones de respuesta se encuentran dentro de una escala del 0 al 100 en términos de porcentajes, en la cual 100% significa estar completamente seguro de poder resistirse al consumo y 0% estar totalmente inseguro de poder resistirse. Este cuestionario tiene un alfa de Cronbach de .97 (Garza, Vacío y Macías, 2019) y está validado en población mexicana (Echeverría y Ayala, 1997).

### ***Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST; OMS, 2011).***

Es una escala de cribado y está dirigida a identificar el patrón y nivel de consumo de diez sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol, marihuana, anfetaminas, alucinógenos, opiáceos, inhalantes, cocaína, sedantes o pastillas para dormir y otros) así como sus consecuencias asociadas presentes o potenciales. Esta prueba ha sido validada para su cribado en población mexicana (Tiburcio, Rosete-Mohedano; Natera, Martínez, Carreño, Pérez, 2016)

Consta de 8 ítems que evalúan en los tres meses anteriores a la realización del cuestionario la frecuencia de consumo de sustancias, la frecuencia con que se experimentan fuertes deseos de consumir, la frecuencia con que se experimentan problemas de salud, sociales, económicos o legales, la frecuencia con la que el consumo ha llevado a dejar de hacer actividades que se esperaban de sí mismo, la frecuencia con que un amigo o familiar se ha preocupado por el

consumo, si se ha hecho algún esfuerzo por dejar o reducir el consumo sin haberlo logrado y el uso de drogas inyectadas (OMS, 2011).

Las opciones de respuesta para el primer ítem son sí o no, donde sí significa haber consumido la sustancia y no nunca haberla consumido. Por su parte, las opciones de respuesta del segundo al quinto ítem se dividen en 5: nunca, 1 o 2 veces, mensualmente, semanalmente, diario o casi diario, que indican la frecuencia con la que han ocurrido las situaciones que se presentan; por otro lado, las opciones de respuesta del sexto al octavo ítem se dividen en 3: nunca, sí pero no en los últimos 3 meses y sí en los últimos 3 meses.

El puntaje total se calcula sumando los puntajes del segundo al sexto ítem para cada sustancia, con una puntuación máxima de 30 puntos y una mínima de 0 puntos. El puntaje obtenido determina el tipo de intervención requerido para cada sustancia, que va desde Consejo breve (con un puntaje de 0 a 10 para alcohol y 0 a 3 para el resto de las sustancias), Intervención Breve (con un puntaje de 11 a 26 para alcohol y de 4 a 26 para el resto de las sustancias), y Tratamiento Breve (con un puntaje mayor a 27 para todas las sustancias).

El ASSIST tiene un alfa de Cronbach de .779 para los 6 elementos de la escala que son tomados para la puntuación total, además cuenta con validez de discriminación para todos los ítems y consistencia interna (Moreno, Álvarez, Guardiola y Torrico, 2012).

***Lista cotejable de Evaluación conductual de habilidades y actitudes (Morales, Félix, Palafox y Vázquez, 2019).***

Evalúa la realización de competencias en Consejo breve en Adicciones a través de un puntaje que indica la realización o la no realización de cada competencia donde 1 indica que sí la realiza y 2 que no la realiza. Consta de 39 ítems divididos en 29 habilidades que a su vez se dividen en 6 categorías: Indaga, Dialoga, Establece metas, Acompaña, Retroalimenta y Seguimiento y 10 actitudes que se dividen en 2 categorías: empatía y comunicación. Reporta un alfa de Cronbach de .93 para habilidades y de .78 para las actitudes. Esta lista está validada para población mexicana.



### ***Cuestionario breve de seguimiento***

Fue desarrollado para el propósito de esta investigación y consistió en cinco preguntas para evaluar las variables de logro de meta, motivación al cambio, percepción de riesgo y etapa de cambio, las primeras tres preguntas dirigidas al usuario y el resto dirigidas al terapeuta.

Las primeras dos preguntas miden la motivación y percepción de riesgo reportada por el usuario y sus opciones de respuesta consisten en una escala del 0 al 10 donde 0 significa “nada motivado” o “nada riesgoso” y 10 “muy motivado” o “muy riesgoso”. Por otro lado, la tercera pregunta está dirigida a conocer si el usuario ha logrado la meta de consumo establecida en la sesión anterior y sus opciones de respuesta son dicotómicas de sí y no, donde sí significa que sí han logrado la meta de consumo establecida y no que no la lograron.

Por su parte, las preguntas dirigidas al terapeuta están encaminadas a conocer la etapa de cambio en la que se encuentra el usuario en cada sesión de la intervención, así como para conocer las estrategias utilizadas por el usuario para evitar el consumo antes y durante la intervención. Las respuestas para estas preguntas son de tipo descriptivo.

### **Procedimiento**

***Diseño:*** Se realizó un estudio pre-experimental con pre prueba y post prueba.

Fase 1. Entrenamiento: Las 9 personas que participaron como orientadoras recibieron un entrenamiento por parte de un profesor e investigador experto en intervenciones breves con Maestría y Doctorado en Psicología de las Adicciones. Dicho entrenamiento, en la implementación de consejo breve tuvo una duración total de 80 horas, distribuidas en 2 sesiones semanales de 3 y 2 horas respectivamente durante un periodo de 16 semanas, de las cuales 48 horas correspondieron a horas teóricas y 32 a horas prácticas. Las horas teóricas consistieron en la revisión de temas relacionados con las propiedades de las sustancias psicoactivas, sus efectos en el organismo, datos epidemiológicos del consumo de sustancias en México, detección temprana del consumo de sustancias, intervención motivacional, estrategias de Intervención Breve, principios cognitivo-conductuales del consumo de sustancias, así como de la aplicación y propiedades de los instrumentos de evaluación para la detección del consumo de sustancias. Por su parte, las horas prácticas del entrenamiento, consistieron en sesiones de modelamiento de la implementación de Consejo Breve por parte del experto, ensayos conductuales y

retroalimentación de la ejecución de los ensayos conductuales sobre las estrategias de consejo breve.

Fase 2. Implementación: Una vez finalizado el entrenamiento, las personas orientadoras incluyendo a la autora de la presente tesis, implementaron el consejo breve con participantes voluntarios a través de situaciones reales, las cuáles fueron grabadas para su posterior análisis mediante observación directa. Se pidió a las personas orientadoras la firma de un consentimiento informado y carta compromiso en la que se comprometieron al resguardo de la información de los participantes atendidos, así como a mostrar comportamiento ético y mantener la confidencialidad. Del mismo modo, las personas atendidas recibieron y firmaron un consentimiento informado en el que declararon su conformidad con la grabación de las sesiones de consejo breve.

Las personas orientadoras implementaron una intervención que consistió en 3 sesiones, de las cuales, la primera sesión correspondió a consejo breve y el resto a sesiones de seguimientos. Durante las 3 sesiones de la intervención, se aplicaron una serie de instrumentos: la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer (1986), el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (Echeverría y Ayala, 1997), la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST, OMS, 2011), y un cuestionario breve de seguimiento.

Durante la sesión de consejo breve se requería que los orientadores exploraran el patrón de consumo de los participantes, realizaran junto con la persona atendida un balance decisional, retroalimentaran la información de manera personalizada, explicaran los efectos de la sustancia y el proceso de una adicción, identificaran el nivel de intervención adecuada para cada participante, establecieran una meta de consumo, así como planes de acción para lograrla identificando obstáculos, explicaran, modelaran y realizaran ensayos conductuales de las habilidades implicadas en el plan de acción, recomendaran seguimientos, identificaran necesidades adicionales de atención, mostraran una buena comunicación y actitudes empáticas. En lo que respecta a las sesiones de seguimiento se requería que los orientadores dieran seguimiento a la meta y los planes de acción acordados en la sesión de consejo breve, retroalimentar de manera personalizada las ejecuciones, generar nuevos planes de acción o reforzar los ya establecidos, explicar, modelar y hacer ensayos conductuales de nuevas

habilidades implicadas en los planes de acción, recomendar seguimiento y que mostraran buena comunicación y actitudes empáticas.

La ejecución de dichas habilidades y actitudes fue evaluada por parte de psicólogos con entrenamiento en intervenciones breves incluida la autora de la presente tesis mediante el registro de la Lista cotejable de Evaluación conductual de habilidades y actitudes en la cual se evaluó la presencia o ausencia de las habilidades y actitudes incluidas en el modelo IDEAS. Posteriormente se calcularon los porcentajes de implementación por cada factor, así como el porcentaje de implementación total de habilidades, el porcentaje total de actitudes y finalmente, el porcentaje global de todas las actitudes y habilidades incluidas en el modelo.

Por otro lado, se utilizó el ASSIST para evaluar el riesgo de consumo, así como el nivel de intervención adecuada para cada participante. A su vez se evaluaron los factores de cambio de los participantes considerando 5 variables: autoeficacia situacional, la cual fue evaluada mediante el Cuestionario Breve de Confianza Situacional, autoeficacia general mediante la Escala de Autoeficacia General; percepción de riesgo y motivación al cambio que se evaluó mediante el cuestionario breve de seguimiento en una escala del 0 al 10; etapa de cambio y logro de meta los cuáles fueron evaluados por el estudiante a través de la observación conductual de las personas atendidas y registrado en el cuestionario breve de seguimiento.

Para identificar si hubo cambios significativos con el paso de las sesiones se realizó el análisis estadístico de la prueba de Friedman para las variables de motivación y percepción de riesgo en 4 momentos diferentes de la intervención: antes del consejo breve, después del consejo breve, primer seguimiento y segundo seguimiento. Para comprobar si hubo cambios en los niveles de autoeficacia, se realizó el análisis de prueba de Friedman tanto para el puntaje global del Cuestionario Breve de Confianza Situacional como para el puntaje total de la Escala de Autoeficacia General. Del mismo modo y para identificar específicamente qué ítems del Cuestionario Breve de Confianza tuvieron diferencias significativas en su puntuación a lo largo de la intervención se realizó la prueba de Friedman en la que se compararon los puntajes obtenidos para cada situación del cuestionario en 3 momentos diferentes de la intervención: antes del consejo breve, primer seguimiento y segundo seguimiento. Por otra parte, para evaluar los cambios en las etapas de cambio y logro de meta de los usuarios se calculó el porcentaje de personas atendidas en cada etapa de cambio para cada sesión de la intervención y el porcentaje

de personas que lograron la meta de consumo establecida para la primera y segunda sesión de seguimiento.

Finalmente, para evaluar las posibles correlaciones entre las competencias de los estudiantes y los factores de cambio presentados por las personas atendidas, se llevó a cabo un análisis de correlación de Spearman entre las competencias implementadas por los estudiantes en cada sesión y los factores de cambio observados por los participantes durante la intervención.

## Resultados

### *Resultados de La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias*

Como se puede observar en la Tabla 1, los participantes 1, 2 y 3 obtuvieron un puntaje menor a 10 para alcohol, lo que lo significa que su nivel de riesgo es bajo lo que se sugiere un consejo breve. Por otro lado, el participante 4 obtuvo un puntaje que representa riesgo medio para alcohol (18), tabaco (13), cannabis (21) y alucinógenos (9), esto representa la necesidad de una intervención breve para todas las sustancias. Por su parte el participante 5 obtuvo un puntaje de 28 para tabaco y 29 para alcohol lo que muestra un nivel de riesgo alto para ambas sustancias, esto representa la necesidad de tratamiento intensivo para ambas sustancias. En lo que respecta al participante 6, obtuvo puntajes de riesgo medio que para alcohol (13), cannabis (26) y alucinógenos (20), por otro lado, obtuvo una puntuación de 28 para tabaco lo que lo sitúa en nivel de riesgo alto. En cuanto al participante 7, éste obtuvo un puntaje de bajo riesgo para tabaco (2), puntajes correspondientes a riesgo medio para cannabis (8) y opiáceos (6), así como un puntaje de 27 para alcohol lo que corresponde a un nivel alto de riesgo. Por su parte, el participante 8 obtuvo 6 puntos para tabaco y 24 para alcohol lo que corresponde a un nivel medio de riesgo para ambas sustancias. En lo que respecta al participante 9, obtuvo un puntaje de 18 para alcohol lo que refiere a un riesgo medio de consumo. Por su parte, el participante 10 obtuvo un riesgo bajo de consumo de alcohol (3) y riesgo medio para el consumo de tabaco (18). En cuanto al participante 11, este obtuvo puntajes que sugieren la necesidad de una intervención breve para las sustancias de alcohol (24), tabaco (11) y marihuana (6). Por otro lado, el participante 12 obtuvo 3 puntos para alcohol lo que lo sitúa en la necesidad de consejo breve, a su vez, obtuvo un puntaje de 18 para tabaco lo que sugiere la necesidad de una intervención breve. El participante 13 obtuvo puntajes de 15 para alcohol y 18 para tabaco lo que corresponde un riesgo medio para ambas sustancias. Con respecto al participante 14, este obtuvo puntajes correspondientes a riesgo bajo para el consumo de alcohol (4) y cocaína (2) así como riesgo medio para tabaco con un puntaje de 11. Por su parte, el participante 15 obtuvo un puntaje de 10 para alcohol lo que refiere a bajo riesgo. El usuario 16 obtuvo un puntaje de riesgo bajo para el consumo de pastillas para dormir (2), así como puntajes de riesgo medio para el consumo de tabaco (24) y alcohol (14). Por otro lado, el usuario 17 obtuvo puntajes que sugieren un riesgo medio de consumo para tabaco (21), alcohol (19) y marihuana (6). En lo que respecta al usuario

18, este obtuvo un puntaje de 8 para alcohol lo que corresponde a un riesgo bajo y un puntaje de 30 para tabaco lo que corresponde a un nivel alto de riesgo. Finalmente, el usuario 19 obtuvo un puntaje correspondiente a un riesgo bajo para para marihuana y puntajes de riesgo medio para alcohol (11) y tabaco (9).

**Tabla 1**

Nivel de riesgo por consumo de sustancias de los participantes de acuerdo con el puntaje obtenido en ASSIST

Participante	Riesgo Bajo (Requiere consejo breve)	Riesgo medio (Requiere intervención breve)	Riesgo alto (Requiere tratamiento intensivo)
1	Alcohol (8 puntos)	NA	NA
2	Alcohol (6 puntos)	NA	NA
3	Alcohol (5 puntos)	NA	NA
4	NA	Tabaco (18 puntos)	NA
	NA	Alcohol (13 puntos)	NA
	NA	Cannabis (21 puntos)	NA
	NA	Alucinógenos (9 puntos)	NA
5	NA	NA	Tabaco (28 puntos)
	NA	NA	Alcohol (29 puntos)
6	NA	Alcohol (13 puntos)	Tabaco (28 puntos)
	NA	Cannabis (26 puntos)	NA
	NA	Alucinógenos (20 puntos)	NA
7	Tabaco (2 puntos)	Cannabis (8 puntos)	Alcohol (27 puntos)
	NA	Opiáceos (6 puntos)	NA
8	NA	Tabaco (6 puntos)	NA
	NA	Alcohol (24 puntos)	NA
9	NA	Alcohol (18 puntos)	NA
			NA
10	Alcohol (3 puntos)	Tabaco (18 puntos)	
			NA
		Alcohol (24 puntos)	
11	NA	Tabaco (11 puntos)	

		Cannabis (6 puntos)	
12	Alcohol (3 puntos)	Tabaco (18 puntos)	NA
13	NA	Alcohol (15 puntos) Tabaco (18 puntos)	NA
14	Alcohol (4 puntos) Cannabis (2 puntos)	Tabaco (11 puntos)	NA
15	Alcohol (10 puntos)	NA	NA
16	Sedantes o pastillas para dormir (2 puntos)	Tabaco (24 puntos) Alcohol (14 puntos) Tabaco (21 puntos)	NA
17	NA	Alcohol (19 puntos) Cannabis (6 puntos)	NA
18	Alcohol (8 puntos)	NA	Tabaco (30 puntos)
19	NA Cannabis (2 puntos)	Alcohol (11 puntos) Tabaco (9 puntos)	NA

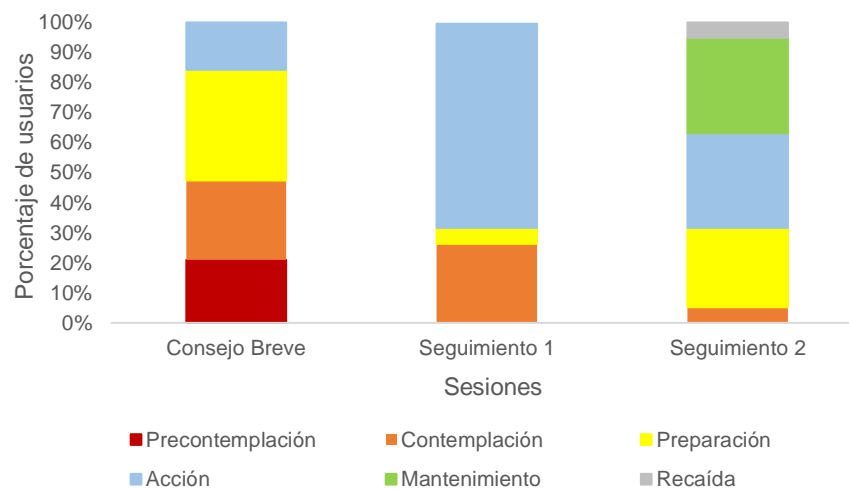
---

### *Etapas de Cambio de los participantes*

En la Figura 1 se pueden observar los resultados obtenidos del análisis de la distribución de las etapas de cambio de los participantes a lo largo de las 3 sesiones del tratamiento.

**Figura 1**

*Porcentaje de participantes en las etapas de cambio durante las tres sesiones de la intervención.*



En lo que respecta a la primera sesión, es decir, a la sesión de Consejo Breve, se encontró que 21.05% de los participantes se encontraban en etapa de precontemplación, 26.31% en contemplación, 36.84% en la etapa de preparación, y finalmente 15.78% se encontraban en la etapa de acción. Por otro lado, ningún participante se encontraba en etapa de mantenimiento o recaída en esta sesión.

En la primera sesión de seguimiento, el porcentaje de personas en precontemplación disminuyó a 0% mientras que el porcentaje de participantes en contemplación se mantuvo en 26.31%. Por otro lado, el porcentaje de personas en preparación disminuyó a 5.26%, mientras que el porcentaje de participantes en etapa de acción aumentó a 68%. Nuevamente no se encontró ningún participante en etapa de mantenimiento o recaída en este momento de la intervención.



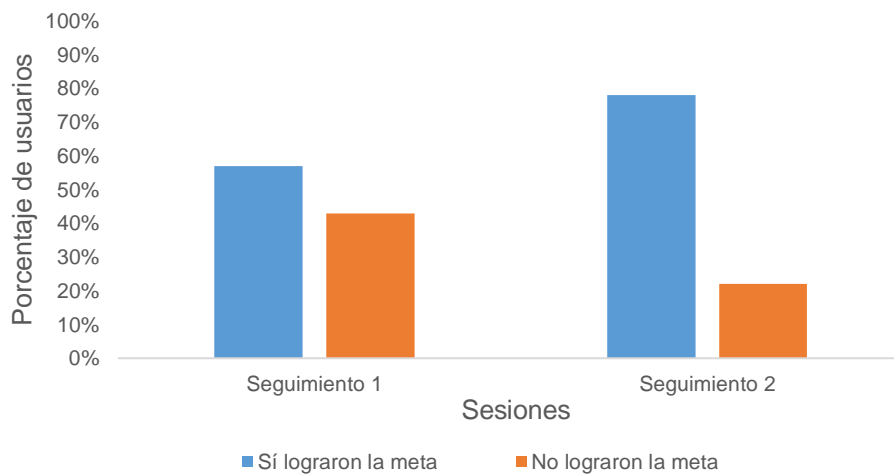
Finalmente, en la segunda sesión de seguimiento, el porcentaje de participantes en pre contemplación se mantuvo en 0%, mientras que el porcentaje de participantes disminuyó a 5.26% para la etapa de contemplación y a 0% para la etapa de preparación. Por su parte, el porcentaje de personas en la etapa de acción se redujo a 31.57%, mientras que el porcentaje de participantes en mantenimiento incrementó a 31.57%, por último 5.26% de los participantes recayeron en esta sesión.

### ***Logro de meta de consumo***

Como se puede ver en la Figura 2, en cuanto a la variable de logro de meta, los resultados mostraron que, una vez establecida la meta de consumo en la sesión de consejo breve, 57% de los participantes reportaron haber logrado la meta en la siguiente sesión, mientras que el resto de los participantes no la lograron. Posteriormente, para la meta establecida en la primera sesión de seguimiento, los resultados mostraron que 78% de los participantes reportaron haber logrado la meta, mientras que 22% reportaron no haberla logrado.

**Figura 2**

*Porcentaje de participantes que lograron la meta de consumo en las sesiones de seguimiento.*

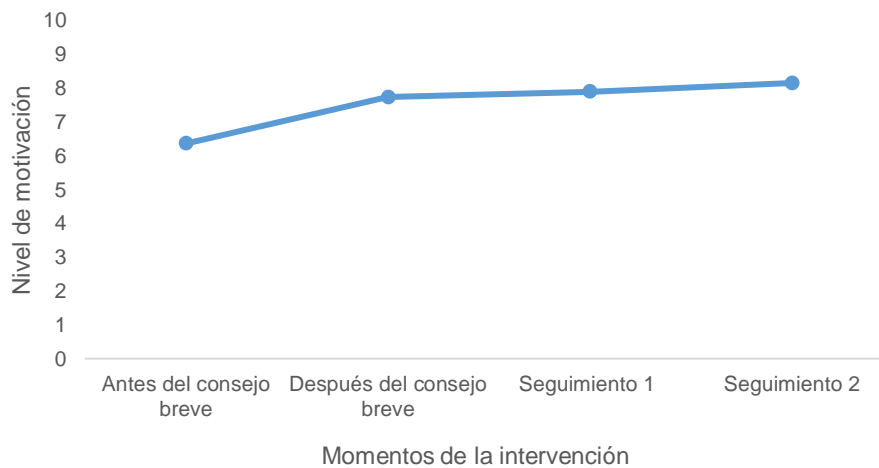


### ***Motivación al cambio***

Como se puede observar en la Figura 3, los resultados mostraron que el promedio la motivación se mantuvo por encima de 6 durante toda la intervención, la cual tendió a incrementarse durante el paso de las sesiones, especialmente después del consejo breve, ya que fue en este momento de la intervención donde se observó el mayor incremento de motivación de sesión a sesión.

### **Figura 3**

*Nivel de motivación al cambio reportado por los participantes en 4 diferentes momentos de la intervención.*



El promedio de motivación al cambio reportada por los participantes fue 6.38 (SD= 3.51) en la línea base, 7.73 (SD= 2.78) después de recibir el consejo breve, para luego aumentar a 7.89 (SD= 2.49) en la primera sesión de seguimiento, y a 8.15 (SD= 2.03) en la segunda sesión de seguimiento. Estas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas ( $\chi^2_{(3)}=11.708$ ;  $p=.008$ ), por lo que se puede identificar cambios en los niveles de motivación con el paso de las sesiones, los cuales tendieron a incrementarse.

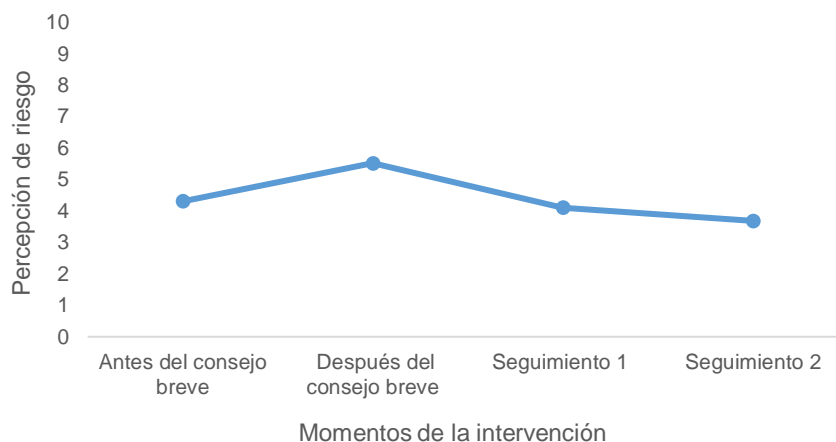
### ***Percepción de riesgo***

Como se observa en la Figura 4, los resultados mostraron un incremento en la percepción de riesgo reportada por los participantes una vez implementado el consejo breve, el cual pasó de ser

4.31 (SD=3.11) en la línea base a 5.52 (SD=2.95) después de la aplicación del consejo breve, no obstante, la percepción de riesgo disminuyó a 4.10 (SD= 2.60) para la primera sesión de seguimiento y a 3.68 (SD=2.86) para la segunda sesión de seguimiento, estas diferencias mostraron ser estadísticamente significativas ( $\chi^2_{(3)}=7.936; p=.047$ )

#### Figura 4

*Percepción de riesgo de consumo reportado por los participantes en 4 diferentes momentos de la intervención.*



#### *Autoeficacia*

Como se observa en la Figura 5, los resultados mostraron para las tres sesiones de la intervención porcentajes de seguridad por encima de 60% en los puntajes totales obtenidos por los participantes en el Cuestionario Breve de Confianza Situacional. El porcentaje total de seguridad incrementó con el paso de las sesiones, dicho incremento se presentó en mayor magnitud de la sesión de consejo breve a la sesión del primer seguimiento. El promedio de seguridad reportada por los participantes voluntarios fue 66.97% (SD= 16.39) en el consejo breve, 75.39% (SD= 15.24) en la primera sesión de seguimiento y 80.85 (SD=13.33) en la segunda sesión de seguimiento. Dichas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas ( $\chi^2_{(2)}= 21.680; p< .001$ ), por lo que se puede concluir que hubieron cambios en la seguridad de los participantes para enfrentar situaciones relacionadas con el consumo.

## Figura 5

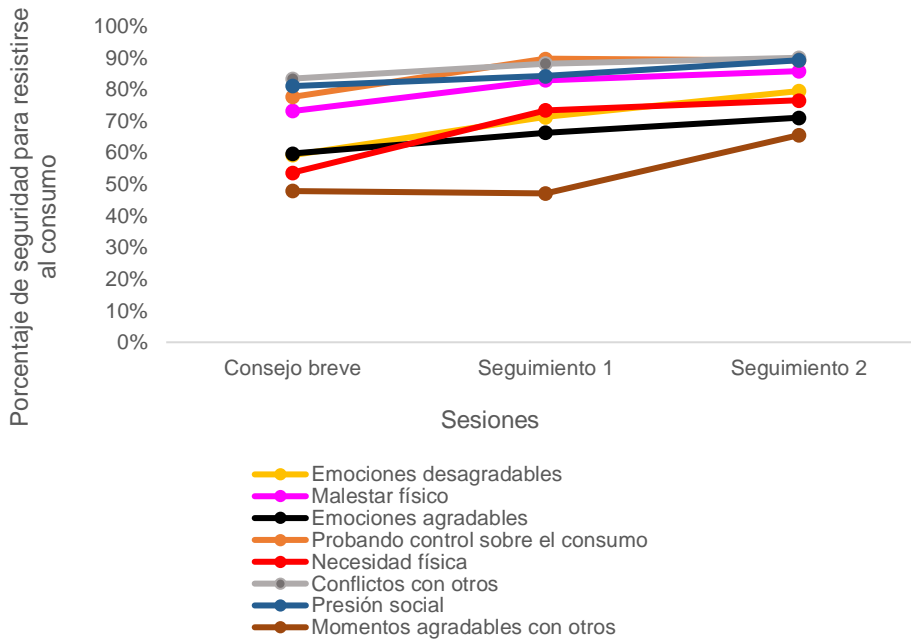
*Puntaje total obtenido en el Cuestionario Breve de Confianza Situacional durante las 3 sesiones de la intervención.*



Al analizar cada una de las situaciones incluidas en el Cuestionario Breve de Confianza Situacional se observó que en promedio el porcentaje de seguridad reportada por los participantes para resistirse al consumo siempre estuvo por encima de 40% para todas las situaciones, el cual tendió a incrementar con el paso de las sesiones. Dicho incremento se dio en mayor magnitud de la sesión de consejo breve a la primera sesión de seguimiento en la mayoría de las situaciones incluidas en el Cuestionario Breve de Confianza Situacional a excepción de las situaciones relacionadas con momentos agradables con otros y presión social, en las que el mayor incremento se observó entre la primera sesión de seguimiento y la segunda sesión de seguimiento como se puede observar en la figura 6.

**Figura 6**

*Porcentaje de seguridad reportado por los participantes para resistirse al consumo en cada una de las ocho situaciones del cuestionario breve de confianza situacional.*



Para la situación relacionada con emociones desagradables, los participantes reportaron en promedio un porcentaje de seguridad de 59.21% (SD=28.29) en la sesión consejo breve, de 71.31% (SD= 26.76) en la primera sesión de seguimiento y de 79.47% (SD= 21.97) en la segunda sesión de seguimiento. Dichas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas ( $\chi^2 (2)= 19.542; p < .000$ ).

Con respecto a la situación relacionada con malestar físico los resultados mostraron que hubo cambios significativos en la seguridad reportada por los participantes durante la intervención ( $\chi^2 (2)= 6.11; p= .047$ ). En promedio los participantes reportaron un porcentaje de seguridad de 73.15% (SD=29.44) en la sesión de consejo breve, el cual aumentó a 82.89% (SD=22.93) en la primera sesión de seguimiento y a 85.78% (SD=24.79) en la segunda sesión de seguimiento.

Por otro lado, para la situación relacionada con emociones agradables, el porcentaje de seguridad reportado por los participantes para evitar el consumo no mostró tener cambios significativos con el paso de las sesiones ( $\chi^2 (2)= 4.964; p= .084$ ). En la sesión de consejo breve,

los participantes reportaron en promedio un porcentaje de seguridad de 59.73% (SD= 31.90), en la primera sesión de seguimiento el porcentaje de seguridad fue 66.31% (SD=30.26) y finalmente, para la segunda sesión de seguimiento el porcentaje de seguridad fue 71.05% (SD= 29.37).

Por su parte, la situación relacionada con probar el control sobre el consumo, los participantes reportaron en promedio un porcentaje de seguridad de 77.63% (SD= 20.4) en la sesión de consejo breve, un porcentaje de 89.73% (SD=12.74) en la primera sesión de seguimiento y de 89.21% (SD= 14.16) en la última sesión de seguimiento. Dichas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas ( $\chi^2 (2)= 15.261; p < .001$ ).

Al analizar la situación relacionada con necesidad física, se encontraron cambios significativos en los porcentajes de seguridad reportados por los participantes para evitar el consumo ( $\chi^2 (2)= 12.226; p = .002$ ). Dichos cambios se presentaron de la siguiente manera: en la sesión de consejo breve los participantes reportaron en promedio una seguridad de 53.89% (SD= 36.54), que aumentó a 73.42% (SD= 26.77) en la primera sesión de seguimiento y a 76.57% (SD= 18.86) en la segunda sesión de seguimiento.

El porcentaje de seguridad reportado por los participantes para evitar el consumo en situaciones que involucren conflictos con otros no tuvo cambios significativos con el paso de las sesiones ( $\chi^2 (2)= 1.895; p = .388$ ). En promedio, los porcentajes de seguridad reportados por los participantes durante la intervención fueron 83.42% (SD= 30.64) en la sesión de consejo breve, 88.15% (SD= 18.79) en la primera sesión de seguimiento y 90% (SD=18.85) en la segunda sesión de seguimiento.

Por otro lado, se observaron diferencias significativas en el porcentaje de seguridad reportada por los participantes para evitar el consumo en situaciones relacionadas con la presión social ( $\chi^2 (2)= 6.333; p = .042$ ). En la sesión de consejo breve en promedio los participantes reportaron un porcentaje de seguridad de 81.05% (SD= 23.06), el cual aumentó a 84.21% (SD=17.42) en la primera sesión de seguimiento y a 89.21% (SD= 18.42) en la segunda sesión de seguimiento.

Finalmente, para la situación relacionada con momentos agradables con otros, los participantes reportaron en promedio un porcentaje de seguridad de 47.89% (SD=34.69) en la sesión de consejo breve, de 47.10% (SD=33.47) en la primera sesión de seguimiento y de

65.52% (SD= 30.86) en la segunda sesión de seguimiento. Estos resultados mostraron que hubo cambios estadísticamente significativos con el paso de las sesiones ( $\chi^2 (2)= 13.286; p= .001$ ).

Por otro lado, como se puede observar en la figura 7, al analizar los puntajes de la Escala de Autoeficacia General se observó que los participantes en promedio obtuvieron una puntuación total por encima de 8.5 durante todas las sesiones de la intervención. Dicho puntaje tendió a incrementarse con el paso de las sesiones del siguiente modo: para la sesión de consejo breve en promedio los participantes obtuvieron un puntaje de 8.75 (SD=.61), de 8.97 (SD=.93) en el primer seguimiento y de 9.06 (SD=.71) en la segunda sesión de seguimiento. Dichas diferencias mostraron ser estadísticamente significativas ( $\chi^2 (2)= 7.065; p= .029$ ), lo que indica un aumento en la autoeficacia general del participante al transcurrir las sesiones de la intervención

### Figura 7

*Puntaje total obtenido por los participantes en la escala de autoeficacia general durante las sesiones de la intervención.*



No obstante, al analizar los puntajes de cada uno de los ítems de la Escala de Autoeficacia General para cada sesión de la intervención no se encontraron diferencias significativas para 9 de los 10 reactivos que componen la escala. Se encontró que solo hubo diferencias significativas para el reactivo relacionado con la autoeficacia percibida por los participantes para encontrar la manera de obtener lo que desean aunque alguien se les oponga ( $\chi^2 (2)= 6.222; p= .045$ ), en el cual

el promedio de puntaje fue 6.84 (SD=3.21) para la sesión de consejo breve, 8.02 (SD=2.29) en la primera sesión de seguimiento y 8.55 (SD=2.25) en la segunda sesión de seguimiento.

***Relación entre la implementación de competencias de orientadores y factores de cambio de los participantes***

Al analizar las correlaciones presentadas entre las competencias implementadas por los orientadores durante la sesión de consejo breve y los factores de cambio presentados por los participantes tanto al finalizar la sesión de consejo breve como en la primera sesión de seguimiento se encontraron correlaciones significativas entre ambas variables. Los resultados mostraron correlaciones estadísticamente significativas entre dichas competencias y las seis variables estudiadas en los participantes: autoeficacia general (Tabla 2), percepción de riesgo (Tabla 3), motivación (Tabla 4), etapa de cambio (Tabla 5), logro de meta (Tabla 6) y confianza situacional (Tabla 7), más no fue así para la variable de confianza situacional, en ésta no se observaron relaciones estadísticamente significativas con las competencias implementadas por el terapeuta en la sesión de consejo breve.

**Tabla 2**

Correlaciones entre la implementación de competencias de los orientadores en la sesión de consejo breve e indicadores del constructo de autoeficacia general de los participantes en el primer seguimiento.

	Media	DE	Venga lo que venga soy capaz de manejarlo	Puedo resolver situaciones difíciles si me esfuerzo lo suficiente	Si me encuentro en una situación difícil por lo general se me ocurren varias alternativas	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas
Total de competencias	84.89	6.15	r = .450; p = .050				
Total de habilidades	73.92	10.97		r = -.513; p = .025			
Total de actitudes	95.89	7.64			r = -.503; p = .028		



Dialoga	94.73	10.47			$r = .483;$ $p=.029$	
Empatía	97.89	6.30		$r =.578;$ $p=.010$		$r =.456;$ $p=.050$
Comunicación	93.73	11.68	$r =.586;$ $p=.008$			

Nota: Nivel de significancia: ( $p<.05$ ).

Al analizar las correlaciones entre los puntajes de la Escala de Autoeficacia General y la implementación de competencias de los orientadores no se obtuvo ninguna correlación, ante ello, se tomó la decisión de analizar la correlación entre cada ítem de la escala y las competencias de los orientadores para hacer un análisis más específico, los resultados de esto se pueden observar en la tabla 2, la cual muestra que la implementación general de competencias en la sesión de consejo breve, que se compone de la implementación de todas las habilidades y actitudes del modelo IDEAS, se correlaciona positivamente con el puntaje obtenido por los participantes para la afirmación “venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo” de la Escala de Autoeficacia General de Besase y Schwarzer ( $r =.450; p=.050$ ).

Los resultados indicaron que a mayor implementación general de actitudes por parte de los orientadores durante la sesión de consejo breve, la cual incluye la implementación conjunta de actitudes de comunicación y empatía, los participantes obtuvieron mayores puntajes en la primera sesión de seguimiento para las siguientes afirmaciones contenidas en la Escala de Autoeficacia General: “puedo resolver situaciones difíciles si me esfuerzo lo suficiente” ( $r = -.513; p=.025$ ); “si me encuentro en una situación difícil por lo general se me ocurren varias alternativas” ( $r = -.503; p=.028$ ).

Al analizar la implementación de cada una de las habilidades del modelo IDEAS, se encontró una correlación positiva entre la implementación de la habilidad Dialoga por parte de los orientadores durante la sesión de consejo breve y el puntaje obtenido por los participantes en la primera sesión de seguimiento para la siguiente afirmación de la Escala de Autoeficacia General: “puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga” ( $r = .483; p=.029$ ).

Al analizar de manera individual las actitudes del modelo IDEAS se halló que a la vez que los orientadores incrementaban los niveles de empatía durante la sesión de consejo breve, los

participantes mostraban mayores puntajes en la primera sesión de seguimiento para la afirmación “puedo resolver situaciones difíciles si me esfuerzo lo necesario” de la Escala de Autoeficacia General ( $r = .456$ ;  $p = .050$ ).

Finalmente, se encontraron correlaciones positivas entre la actitud de comunicación implementada por los orientadores durante la sesión de consejo breve y el puntaje obtenido por los participantes en la primera sesión de seguimiento para las siguientes afirmaciones de la Escala de Autoeficacia General: “si me encuentro en situaciones difíciles, generalmente se me ocurre qué hacer” ( $r = .578$ ;  $p = .010$ ) y “puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario” ( $r = .586$ ;  $p = .008$ ).

### Tabla 3

Correlaciones entre la implementación de competencias de los orientadores en la sesión de consejo breve y los niveles de percepción de riesgo de los participantes en el primer seguimiento.

	Media	DE	Percepción de riesgo al finalizar el consejo breve
Total de habilidades	73.92	10.97	$r = .567$ ; $p = .011$
Establece Metas	78.09	22.08	$r = .558$ ; $p = .013$

Nota: Nivel de significancia: ( $p < .05$ )

Como se puede observar en la tabla 3, la percepción de riesgo de consumo por parte de los participantes mostró un incremento siempre que los orientadores aumentaran el nivel de implementación total de habilidades ( $r = .567$ ;  $p = .011$ ) y específicamente aumentaran los niveles de implementación de la habilidad Establece Metas ( $r = .558$ ;  $p = .013$ ).

**Tabla 4**

Correlaciones entre las competencias de los orientadores en la sesión de consejo breve y los niveles de motivación de los participantes en el primer seguimiento.

	Media	DE	Motivación al cambio al finalizar el consejo breve
Total de actitudes	95.89	7.64	$r = -.494; p=.033$
Comunicación	93.73	11.68	$r = -.491; p=.033$

Nota: Nivel de significancia: ( $p<.05$ )

La Tabla 5 muestra que a mayor implementación general de actitudes por parte de los orientadores en la sesión de consejo breve, se presentaban menores niveles de motivación en los participantes al finalizar dicha sesión ( $r = -.494; p=.033$ ). Se halló que específicamente la actitud de comunicación se relacionó a su vez negativamente con la motivación de los participantes para cambiar su conducta de consumo al finalizar la sesión de consejo breve ( $r = -.491; p=.033$ ).

**Tabla 5**

Correlaciones entre la implementación de competencias de los orientadores en la sesión de consejo breve y la disponibilidad al cambio de los participantes en el primer seguimiento.

	Media	DE	Etapa de cambio
Establece metas	78.09	22.08	$r = -.655; p=.025$

Nota: Nivel de significancia: ( $p<.05$ ).

La Tabla 5 muestra que la disposición al cambio por parte de los participantes mostraba un incremento en la primera sesión de seguimiento siempre y cuando los orientadores incrementaran los niveles de implementación de la habilidad de Establece Metas durante la sesión de consejo breve ( $r = -.655; p=.025$ ).

**Tabla 6**

Correlaciones entre la implementación de competencias de los orientadores en la sesión de consejo breve y el logro de meta de consumo reportada por los participantes en la primera sesión de seguimiento

	Media	DE	Logro de meta
Acompaña	31.05	27.61	$r = -.479; p = .038$

Nota: Nivel de significancia: ( $p < .05$ )

En la Tabla 6 se puede observar que a mayor implementación de la habilidad Acompaña por parte de los orientadores durante la sesión de consejo breve, mayor es el logro de meta de consumo de los participantes en la primera sesión de seguimiento ( $r = -.479; p = .038$ )

**Tabla 7**

Correlaciones entre la implementación de competencias de los orientadores en la sesión de consejo breve y la confianza situacional reportada por los participantes en la primera sesión de seguimiento.

	Media	DE	Sería capaz de resistirse al consumo en situaciones que involucren malestar físico	Total Cuestionario Breve de Confianza Situacional
Total de habilidades	73.92	10.92	$r = -.498; p = .030$	
Seguimiento	57.89	16.77	$r = -.532; p = .019$	
Dialoga	94.73	10.47	$r = -.501; p = .029$	
Acompaña	31.05	27.61		$r = -.472; p = .042$

Nota: Nivel de significancia: ( $p < .05$ )

Finalmente, la Tabla 7 muestra la relación negativa obtenida entre la seguridad reportada por los participantes para evitar o controlar su consumo ante una situación de malestar físico y la

implementación total de habilidades ( $r = -.498$ ;  $p = .030$ ), así como específicamente la implementación de la habilidad de Seguimiento ( $r = -.532$ ;  $p = .019$ ) y Dialoga ( $r = -.501$ ;  $p = .029$ ).

Por su parte, se encontró que a mayor implementación de la habilidad Acompaña menor es el puntaje total del Cuestionario Breve de Confianza Situacional en la primera sesión de seguimiento ( $r = -.472$ ;  $p = .042$ ).

Por otro lado, al analizar las correlaciones presentadas entre la implementación de competencias por parte de los orientadores durante la primera sesión de seguimiento y los factores de cambio presentados por los participantes en la segunda sesión de seguimiento, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre las competencias de los orientadores y cuatro de las cinco variables estudiadas en los participantes: autoeficacia (Tabla 7), motivación al cambio (Tabla 8), Percepción de riesgo (Tabla 9) y confianza situacional (Tabla 10), no siendo así para las variables de disposición al cambio y logro de meta.

### Tabla 8

Correlaciones entre la implementación de competencias por los orientadores en la primera sesión de seguimiento e indicadores del constructo de autoeficacia general de los participantes en la segunda sesión de seguimiento.

	Media	DE	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga	Venga lo que venga por lo general soy capaz de manejarlo	Si me encuentro en una situación difícil por lo general se me ocurre qué hacer
Total de competencias	79.52	10.90	$r = .504$ ; $p = .027$		
Total de habilidades	66.61	19.16	$r = .624$ ; $p = .004$		
Establece metas	50.70	24.55	$r = .559$ ; $p = .010$		
Retroalimenta	75.06	29.77	$r = .601$ ; $p = .006$		
Empatía	88.94	15.23		$r = .512$ ; $p = .024$	$r = .508$ ; $p = .026$

Nota: Nivel de significancia: ( $p < .05$ )

Al analizar las correlaciones entre el puntaje total de la Escala de Autoeficacia general presentada por los participantes en el primer seguimiento y las competencias implementadas por

los orientadores en la sesión de consejo breve, no se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas ( $r = .004$ ;  $p=.78$ ;  $r = .008$ ;  $p=.86$ ), por lo que se optó por analizar cada uno de los ítems de la escala para analizar si existía una relación entre estos constructos de manera más específica. Los resultados de este análisis se pueden observar en la Tabla 8, la cual nos indica que el puntaje obtenido por los participantes para la afirmación “Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiera aunque alguien se me oponga incluida en la Escala de Autoeficacia General tendió a aumentar cuando los orientadores incrementaban los niveles de implementación total de competencias ( $r = .504$ ;  $p=.027$ ), los niveles de implementación total de habilidades( $r = .624$ ;  $p=.004$ ), así como la implementación de las habilidades Establece Metas ( $r = .559$ ;  $p=.010$ ) y Retroalimenta ( $r = .601$ ;  $p=.006$ ).

Por otro lado se halló que cuando los terapeutas aumentaban los niveles de implementación de actitud empática, los participantes aumentaban a su vez los puntajes obtenidos para las afirmaciones “Venga lo que venga soy capaz de manejarlo” ( $r = .512$ ;  $p=.024$ ) y “Cuando me encuentro en una situación difícil generalmente se me ocurre qué hacer” ( $r = .508$ ;  $p=.026$ ) contenidas en la Escala de Autoeficacia General.

## Tabla 9

Correlaciones entre la implementación de competencias de los orientadores en la primera sesión de seguimiento y los niveles de motivación de los participantes en la segunda sesión de seguimiento.

	Media	DE	Motivación al cambio
Total de Competencias	79.52	10.90	$r = .590$ ; $p=.010$
Total de habilidades	66.61	19.16	$r = .490$ ; $p=.033$

Nota: Nivel de significancia: ( $p<.05$ )

La Tabla 9 muestra que la motivación al cambio reportada por los participantes durante la segunda sesión de seguimiento tendía al aumento cuando los orientadores aumentaban tanto la implementación general de competencias ( $r = .590$ ;  $p=.010$ ) como la implementación total de habilidades ( $r = .490$ ;  $p=.033$ ) durante la primera sesión de seguimiento.

**Tabla 10**

Correlaciones entre la implementación de competencias de los orientadores en la primera sesión de seguimiento y los niveles de percepción de riesgo de los participantes en la segunda sesión de seguimiento.

	Media	DE	Percepción de riesgo
Actitudes	92.89	10.45	$r = .474$ ; $p=.033$
Acompaña	27.63	20.23	$r = .474$ ; $p=.033$

Nota: Nivel de significancia: ( $p<.05$ )

Como se puede observar en la Tabla 9, los niveles de percepción de riesgo mostraron tener una correlación positiva con el nivel de implementación total de actitudes por parte de los orientadores ( $r = .474$ ;  $p=.033$ ). Por otro lado se halló una correlación negativa entre dicha percepción de riesgo y la implementación de la habilidad Acompaña por parte de los orientadores ( $r = -.519$ ;  $p=.052$ ).

**Tabla 11**

Correlaciones entre la implementación de competencias por los orientadores en la primera sesión de seguimiento y los niveles de confianza situacional reportada por los participantes en la segunda sesión de seguimiento.

	Media	DE	Sería capaz de resistirse al consumo en situaciones que incluyan emociones agradables	Sería capaz de resistirse al consumo en situaciones que incluyan momentos agradables con otros	Sería capaz de resistirse al consumo en situaciones que incluyan malestar físico	Puntaje total del Cuestionario de Confianza Situacional
Total de actitudes	92.89	10.45	$r = .745$ ; $p= <.001$	$r = .472$ ; $p=.041$		$r = .608$ ; $p=.005$
Establece metas	50.70	24.55			$r = -.473$ ; $p=.040$	
Acompaña	27.63	20.23		$r = -.496$ ; $p=.030$		

Empatía	88.94	15.23	$r = .700;$ $p < .001$	$r = .528;$ $p = .020$	$r = .565;$ $p = .011$
---------	-------	-------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

Nota: Nivel de significancia: ( $p < .05$ ).

Como se puede observar en la Tabla 11 se hallaron correlaciones positivas entre la implementación general de actitudes por parte del terapeuta durante la primera sesión de seguimiento y los niveles de autoeficacia presentados por los participantes en la siguiente sesión para resistirse al consumo en situaciones que incluyan emociones agradables ( $r = .745;$   $p < .001$ ) y momentos agradables con otros ( $r = .472;$   $p = .041$ ) en la siguiente sesión de seguimiento. A su vez, se presentó una correlación positiva entre la implementación general de actitudes y el puntaje total de Cuestionario Breve de Confianza Situacional obtenido por los participantes en la segunda sesión de seguimiento ( $r = .608;$   $p = .005$ ).

Los resultados señalaron que a la vez que incrementaba la implementación de la habilidad de Establece Metas por parte de los terapeutas en la primera sesión de seguimiento, disminuían los niveles de autoeficacia de los participantes para resistirse al consumo ante situaciones de malestar físico ( $r = -.473;$   $p = .040$ ).

Por su parte, se mostró un decremento en la autoeficacia de los participantes en la segunda sesión de seguimiento para resistirse al consumo en situaciones que incluyan momentos agradables con otros a la vez que incrementaban los niveles de implementación de la habilidad Acompaña por parte de los terapeutas durante la primera sesión de seguimiento ( $r = -.496;$   $p = .030$ ).

Finalmente, se encontró un mayor puntaje en el Cuestionario Breve de Confianza Situacional por parte de los participantes en la segunda sesión de seguimiento a la vez que incrementaban los niveles de implementación de actitud empática por parte de los terapeutas en la primera sesión de seguimiento ( $r = .565;$   $p = .011$ ). Del mismo modo se encontró que entre mayor empatía mostraran los terapeutas durante la primera sesión de seguimiento, mayores eran los puntajes obtenidos por los participantes en la segunda sesión de seguimiento para las siguientes afirmaciones de la Escala de Autoeficacia General: “venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo” ( $r = .512;$   $p = .024$ ) y “al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurre qué debo hacer” ( $r = .508;$   $p = .026$ ) así como mayores porcentajes de seguridad por parte de los



participantes para evitar consumir ante situaciones que incluyan emociones agradables ( $r = .700$ ;  $p < .001$ ) y momentos agradables con otros ( $r = .528$ ;  $p = .020$ ).

## Discusión

Los resultados señalan que la sustancia más consumida por los participantes fue el alcohol, seguida del tabaco y la marihuana, siendo las primeras dos sustancias las únicas que eran consumidas de manera tal por los participantes que representarían un alto riesgo en la salud y por lo tanto, las únicas que obtuvieron puntajes en el ASSIST correspondientes a un tratamiento intensivo. Se encontró que un poco más de 40% de los participantes había consumido alcohol al menos 1 vez en los 3 meses anteriores a la investigación, sin embargo, dicho consumo no había ocasionado hasta el momento consecuencias negativas importantes en la vida de los participantes. Por otro lado, se encontró que un poco menos de la mitad de los participantes además de haber consumido alcohol en los últimos 3 meses, presentaron al menos una consecuencia negativa a causa del consumo y o un fuerte deseo de consumir la sustancia. Finalmente, el resto de los participantes presentó puntajes que indicaron una alta frecuencia de consumo y más de una consecuencia asociada a éste, lo que implica un alto riesgo para la salud. En lo que respecta al tabaco, 5% de los participantes lo habían consumido de 1 a 3 veces en los últimos 3 meses sin generar fuertes deseos de consumo ni consecuencias negativas relacionadas con dicho consumo. Poco más de la mitad de los participantes habían consumido tabaco de manera tal que su frecuencia de consumo y o sus consecuencias asociadas requerían de una intervención un poco más extensa. Finalmente, 15% de los participantes mostraba un patrón de consumo de tabaco de alto riesgo, que se asoció con varias consecuencias negativas en la vida diaria de los participantes. Estos resultados coinciden con lo reportado por la CICAD (2013), ya que si bien la mayoría de los participantes había consumido más de una sustancia alguna vez en su vida, no habían continuado consumiéndola o su uso no era frecuente, del mismo modo, de los participantes que tenían un consumo regular de las sustancias, solo una parte resultó tener altos niveles de riesgo para el consumo de dichas sustancias.

Por otro lado, los resultados mostraron que en los últimos tres meses además del alcohol y tabaco, las únicas sustancias consumidas entre los participantes durante los últimos tres meses antes de la intervención fueron los cannabis, alucinógenos, sedantes y opiáceos, mientras que la cocaína, los estimulantes y los inhalables solo se habían consumido de manera experimental entre los participantes. En lo que respecta a cannabis, 10% de los participantes requerían de un

consejo breve y 26% de una intervención breve. Por otro lado, 10% de los participantes requería una intervención breve para el consumo de alucinógenos y el 1% para el consumo de opiáceos.

A partir de la investigación realizada en el presente trabajo se encontró que el consejo breve fue efectivo para aumentar los niveles de motivación, percepción de riesgo, disposición al cambio, autoeficacia y logro de meta en el tratamiento del consumo de sustancias legales e ilegales con diferentes patrones de consumo, por lo que se puede concluir que el consejo breve favorece el cambio de la conducta de consumo independientemente de la sustancia y nivel de riesgo de los participantes, esto coincide con los hallazgos de (Humeniuk, Babor, Souza-Formigoni, de Lacerda y Vnedetti, 2011). No obstante, es pertinente mencionar que, si bien el consejo breve fue efectivo para fomentar el cambio en los participantes, es probable que no fuese suficiente para algunos los participantes que presentaron indicadores de dependencia, por lo que su derivación a otras intervenciones más extensas resultó necesaria para mantener dichos cambios.

Se encontró que la intervención fue efectiva para aumentar la disposición al cambio de los participantes, lo cual pudo verse reflejado en las etapas de cambio presentadas por los participantes de sesión a sesión. En la sesión de consejo breve, la mayor parte de los participantes se encontraba en etapa de preparación, por lo que ya habían tomado la decisión de hacer un cambio en su consumo, pero en contra parte 21% de los participantes aún se encontraba en la etapa de precontemplación lo que significa que aún no consideraban su consumo como riesgoso o problemático y se encontraban resistentes al cambio. Para la siguiente sesión, es decir, la primera sesión de seguimiento se pudo observar que el consejo breve tuvo un efecto en el número de participantes en etapa de pre contemplación, el cual se redujo a 0, lo que significa que para este momento de la intervención todos los participantes lograron identificar las consecuencias negativas de su conducta de consumo y disminuir su resistencia al cambio gracias a la intervención. Aunado a ello, para la misma sesión, más de 50% de los participantes se encontraba en la etapa de acción, lo que indica que el consejo breve implementado en la sesión anterior fue efectivo para favorecer que los participantes llevaran a cabo estrategias y planes de acción dirigidos a disminuir o abstener su consumo. Para la segunda sesión de seguimiento, la intervención fue efectiva para que 31.57% de los participantes lograran cambios sostenibles en su conducta de consumo a través de las estrategias y habilidades aprendidas durante ella,

encontrándose en etapa de mantenimiento. Cabe recalcar que para esta sesión un participante que en la sesión anterior se encontraba en etapa de mantenimiento tuvo una recaída, esto se debió a que se presentaron dos situaciones de riesgo en una misma ocasión para las cuales el participante había reportado poca seguridad para resistirse al consumo por lo que le fue difícil implementar las estrategias y habilidades aprendidas con anterioridad y rebasó la meta de consumo establecida.

Los hallazgos de este estudio señalan que la intervención fue efectiva para fomentar el cumplimiento de las metas de consumo en los participantes. Al establecer una meta en la sesión de consejo breve, así como estrategias y planes de acción para lograrla, un poco más de la mitad de los participantes reportaron haberla logrado en la siguiente sesión. Aunado a ello, en la primera sesión de seguimiento tras analizar las situaciones experimentadas por los participantes, dar retroalimentación y generar o reforzar estrategias y planes de acción para mantener o alcanzar la meta de consumo, el número de participantes que lograron la meta establecida aumentó 21% para la siguiente sesión seguimiento. Estos resultados muestran que para la segunda sesión de seguimiento más de la tercera parte de los participantes lograron reducir la frecuencia y cantidad de consumo de sustancias y por lo tanto disminuir los riesgos asociados a éste. Dichos resultados coinciden con los hallazgos de Ferreira-Borges (2005); Salazar, Pérez, Ávila y Vacío (2012); Martínez et al. (2008) en las que se encontró que el uso de consejo breve como estrategia para el tratamiento de consumo de sustancias fue efectivo para disminuir el consumo de los participantes que lo recibían.

Por otro lado, la intervención también mostró ser efectiva para aumentar la motivación de los participantes para realizar acciones encaminadas a disminuir su consumo de sustancias. Se encontró que los niveles de motivación al cambio aumentaron de manera significativa en cada una de las 4 mediciones realizadas, sin embargo, el mayor aumento se mostró de la primera medición a la segunda medición, ya que esta incrementó en 1.4 unidades al finalizar el consejo breve. Esto sugiere que los componentes incluidos en la sesión de consejo breve fueron efectivos para aumentar el deseo de los participantes de realizar acciones enfocadas a la disminución del consumo de sustancias. El aumento de motivación a partir de la intervención coincide con los hallazgos de Flórez-Alarcón y Castellanos-Morales (2011) en los que se observó que la entrevista motivacional es efectiva para aumentar los niveles de motivación en los participantes.

A partir de dichos hallazgos se sugiere incorporar estrategias de entrevista motivacional a las sesiones de seguimiento con el objetivo de mantener los efectos en la motivación obtenidos en la sesión de consejo breve y aumentar las probabilidades de que se mantengan los esfuerzos necesarios para realizar un cambio a largo plazo.

A su vez, la presente intervención resultó tener un efecto en la percepción de los riesgos y consecuencias del consumo en los participantes. Se encontró que las estrategias implementadas durante la sesión de consejo breve como podría ser el balance decisional y la retroalimentación personalizada de patrón y consecuencias de consumo facilitaron que los participantes identificaran un mayor número de riesgos presentes y potenciales relacionados con su consumo al finalizar dicha sesión. No obstante, en las sesiones de seguimiento, la percepción de riesgo reportada por los participantes tendió a disminuir hasta ser incluso menor que la reportada antes de la intervención, esto se debió a que la mayoría de los participantes en las sesiones de seguimiento ya habían logrado reducir o abstener su consumo y verbalizaron que por tanto habían observado una disminución en la cantidad y frecuencia de aparición de las consecuencias asociadas. Dichas variaciones en la percepción de los riesgos del consumo coinciden con los hallazgos de Mendez-Ruiz et al. (2008), ya que se mostró que, a mayor percepción del riesgo hacia el consumo de alcohol, menor es la implicación con dicha sustancia, lo cual ocurrió con los participantes de la presente intervención.

Los hallazgos de este estudio mostraron que una vez implementado el consejo breve los niveles de autoeficacia reportados por los participantes incrementaron en comparación con la línea base. Dicho incremento se dio tanto para las situaciones relacionadas con el consumo como para situaciones relacionadas con la resolución de problemas en la vida diaria, donde nuevamente el mayor incremento se observó después de recibir el consejo breve para luego estabilizarse en la segunda sesión de seguimiento. En lo que respecta a la autoeficacia general, los participantes tendieron a percibirse con altos niveles de autoeficacia, puntuando siempre por arriba de 8.5 en la Escala de Autoeficacia General durante las 3 sesiones de la intervención, sin embargo, aún con los altos niveles de autoeficacia reportada, la intervención logró tener efectos estadísticamente significativos en los niveles de autoeficacia general, los cuáles tendieron a incrementarse con el paso de las sesiones, aunque no de manera tan notoria como en otras variables analizadas. Por su parte, la autoeficacia percibida para manejar situaciones relacionadas

con el consumo también aumentó de manera significativa de sesión a sesión, por lo que con el paso de las sesiones los participantes se sentían cada vez más seguros de poder enfrentar situaciones de riesgo para el consumo e implementar estrategias para evitar rebasar la meta establecida. Estos resultados coinciden con los hallazgos de los estudios de Ayala et al. (1998) en los que se encontró que después de la intervención breve, los niveles de autoeficacia incrementaban en el primer seguimiento y luego se estabilizaban en el resto de los seguimientos, lo que puede significar que los niveles de autoeficacia suelen incrementar inmediatamente después de los tratamientos y al no haber otras intervenciones o estrategias complementarias, estos niveles se estabilizan.

Al analizar cada una de las 8 situaciones presentadas en el Cuestionario Breve de Confianza Situacional se encontró que las situaciones que más inseguridad causaban a los participantes estaban relacionadas con situaciones agradables, momentos agradables con otros y emociones agradables; por otro lado, los participantes reportaron mayor seguridad para enfrentarse a situaciones relacionadas con presión social y conflictos con otros. Por otro lado, se encontró que la intervención fue efectiva para incrementar de manera significativa la seguridad de los participantes para enfrentar 6 de las 8 las situaciones de riesgo incluidas en el Cuestionario Breve de Confianza Situacional, ya que los puntajes de éstas tendieron a incrementar con el paso de la intervención: momentos agradables con otros, emociones desagradables, malestar físico, probando el control sobre el consumo, necesidad física y presión social. Por su parte, las situaciones para las que no se encontraron diferencias significativas con el paso de las sesiones fueron las relacionadas con emociones agradables y conflictos con otros, esto se debió probablemente a que en la situación relacionada con momentos agradables uno de los participantes reportó para las tres sesiones de la intervención 0% de seguridad para poder enfrentarla, lo que resulta en un dato atípico que pudo afectar el promedio grupal de seguridad para esa situación, en cuanto a la situación de conflictos con otros esto se debió probablemente a que la mayoría de los participantes se sentía completamente seguro de poder enfrentar esta situación y evitar el consumo, gracias a esto es probable que el porcentaje de seguridad para la situación no tuviera incrementos significativos con el paso de las sesiones.

El incremento en los porcentajes de seguridad se vio mayormente reflejado para la mayoría de las situaciones en la sesión posterior a la aplicación del consejo breve, para luego aumentar, pero

en menor medida en la segunda sesión de seguimiento, esto a excepción de las situaciones de presión social y momentos agradables con otros, cuyo aumento se vio mayormente reflejado en la segunda sesión de seguimiento y no en la primera sesión de seguimiento. Dichas diferencias pueden deberse a que la situación relacionada con momentos agradables con otros fue la que presentó el menor puntaje de seguridad en todos los participantes para las 3 sesiones de la intervención, por lo que probablemente a los participantes les tomó más tiempo desarrollar estrategias que les permitieran sentirse más seguros y auto eficaces para esta situación en específico. Por otro lado, para la situación de presión social esto pudo deberse a que para la primera sesión de seguimiento, la mayoría de los participantes no tuvieron cambios en el porcentaje de seguridad para enfrentar esta situación, adicional a ello, 5 de los participantes reportaron incluso menores niveles de seguridad que la sesión anterior, los cuales disminuyeron hasta en 20%, esto se debió a que una vez que los participantes se enfrentaron a esta situación específica identificaron que les era más complicado resistirse al consumo de lo que habían percibido, además reportaron que estar conviviendo con personas mientras estas consumían generaban en ellos deseo por consumir, lo que para ellos significaba una presión social. Al preguntar a los participantes sobre los cambios en su seguridad para esta situación de una sesión a otra, los participantes respondieron que: “todo depende de la situación”, “todo va de acuerdo a cómo me siento”, “cuando ya te pasan las situaciones te das cuenta de si las puedes afrontar o no”. Una vez analizadas las situaciones y elaborados nuevos planes de acción y estrategias, los participantes recobraron seguridad para enfrentar la presión social en la segunda sesión de seguimiento y sus niveles de seguridad para evitar el consumo incrementaron.

Sin embargo, si bien, los cambios presentados por los participantes tras una intervención dependen de muchos factores internos y externos de la persona atendida, las conductas que los terapeutas muestran durante las sesiones de la intervención están relacionadas con dichos cambios (Barraca, 2009), por lo que la evaluación de estas conductas resulta relevante al estudiar el efecto de una intervención.

Para el fin de la presente intervención, las conductas que se evaluaron en los terapeutas fueron específicamente conductas relacionadas con habilidades y actitudes necesarias para la implementación de consejo breve y los resultados mostraron que el nivel en que los terapeutas implementaran dichas habilidades y actitudes durante las sesiones del tratamiento se correlacionó

de manera positiva con algunas variables estudiadas en los participantes que han mostrado estar asociadas con el cambio de conducta. Esto coincide con los hallazgos del estudio de Campos-Melady, Smith, Meyers, Godley y Godley (2017). No obstante, se encontraron también correlaciones negativas entre algunas competencias implementadas y variables estudiadas en los participantes, lo cual no coincide con lo reportado por la literatura y será discutido más adelante.

Al analizar las relaciones entre la ejecución de competencias de los terapeutas durante la sesión de consejo breve y los factores de cambio presentados por los participantes en la primera sesión de seguimiento se encontró que de manera general, es efectiva la implementación global de competencias durante el consejo breve, lo que significa realizar desde preguntas pertinentes para conocer el patrón y consecuencias del consumo del participante e implementar estrategias del balance decisional hasta la generación de planes de acción enfocadas a disminuir el consumo mientras se muestran actitudes de empatía y comunicación terapéutica para aumentar los niveles de autoeficacia general de los participantes en relación a su propia confianza para resolver situaciones difíciles de la vida diaria.

Por otro lado, se encontró que la implementación global de actitudes durante el consejo breve juega un papel importante en los niveles de autoeficacia general presentada por los participantes en la siguiente sesión. Cuando el terapeuta muestra un tono de voz tranquilo, lenguaje respetuoso, permite al participante expresar sus ideas, emociones y dudas, se muestra empático y evita cuestionar la decisión de cambio de los participantes, así como la confrontación y los juicios de valor, en la primera sesión de seguimiento los participantes muestran altos niveles de autoconfianza para generar alternativas para resolver problemas de la vida diaria, lo que significa un aumento en la autoeficacia general de los participantes. Aunado a esto se encontró que el factor principal que promueve dicho se relaciona con las acciones que eviten la confrontación, es decir, la actitud de comunicación, lo cual coincide con los hallazgos de (Miller et al., 1993) que muestran que un estilo terapéutico no confrontativo favorece el cambio de conducta.

Por su parte, se mostró que la implementación conjunta de todas las habilidades del modelo IDEAS durante el consejo breve resulta suficiente para facilitar que los participantes logran identificar mayores amenazas presentes y posibles de su patrón de consumo al finalizar dicha sesión. No obstante, la habilidad que mostró tener especial impacto en este variable fue Establece Metas, lo que significa que identificar correctamente el nivel de intervención de acuerdo al



patrón de consumo y consecuencias asociadas a este a la vez que se explican los efectos de la sustancia y se proporciona retroalimentación personalizada a los participantes resulta relevante para aumentar la percepción de riesgo que los participantes tienen sobre el consumo de una o varias sustancias.

Dado lo anterior, no resulta extraño observar que la implementación de Establece Metas durante la sesión de consejo breve, a su vez, promueve que los participantes muestren una mayor disposición al cambio en la primera sesión de seguimiento ya que, uno de los componentes fundamentales para que las personas se muestren abiertas a hacer cambios en ciertas conductas es que logren identificar las consecuencias negativas que genera dicha conducta.

Otra de las habilidades cuya implementación se mostró relevante para promover el cambio en los participantes fue Acompaña. Se halló que si una vez establecido el plan de acción, los terapeutas identifican junto con los participantes las conductas y habilidades requeridas para llevarlo a cabo, las modelan y solicitan ensayos conductuales para moldearlas durante el consejo breve, los participantes tienden a mejorar su ejecución durante situaciones reales en las que dichas habilidades son requeridas y a consecuencia aumenta el número de participantes que reportan en la primera sesión de seguimiento haber mantenido la meta de consumo establecida en la sesión anterior.

Finalmente, se encontró que resulta importante que, durante la sesión de consejo breve, los terapeutas dediquen tiempo a analizar las ventajas y desventajas del consumo, prestando mayor atención y tiempo al análisis de las desventajas ya que esto favorece altos niveles de autoeficacia general en la primera sesión de seguimiento para superar obstáculos en la vida diaria y lograr lo que desean por parte de los participantes.

Al analizar las sesiones de seguimiento de la intervención, se encontró que la implementación de las habilidades y actitudes incluidas en el modelo IDEAS continuaron siendo efectivas para continuar facilitar el cambio en los participantes.

Se halló que la implementación global de competencias durante la primera sesión de seguimiento favorece que los participantes muestren en la siguiente sesión un aumento en los niveles de motivación para realizar acciones enfocadas a cambiar su conducta de consumo, así como un aumento en los niveles de autoeficacia general de los participantes para vencer

obstáculos en la vida diaria y obtener lo que desean. Dentro de dichas habilidades se mostró a Establece Metas y Retroalimenta como las habilidades específicas que propician dicho aumento en la autoeficacia general de los participantes, lo cual indica que resulta importante que durante los seguimientos los terapeutas continúen retroalimentando a los participantes acerca de su nuevo patrón de consumo, que analicen las ventajas y desventajas de la reducción del consumo, que sigan reforzando la creencia de los participantes de que son capaces de realizar acciones necesarias para lograr su meta de consumo , así como continuar estableciendo nuevos planes de acción con el fin que los participantes aumenten su autoconfianza para obtener lo que desean a pesar de los obstáculos.

Por otro lado, resulta relevante que durante los seguimientos, los terapeutas nuevamente expliquen, ensayen y retroalimenten nuevas conductas y habilidades que sean necesarias para llevar a cabo planes de acción para promover en los participantes un aumento en la percepción de los riesgos y consecuencias que el consumo de sustancias tiene.

Por último, nuevamente se observó que la implementación de actitudes resulta fundamental para propiciar el cambio en los participantes. La implementación conjunta de las habilidades de comunicación y empatía mostró propiciar un aumento en la seguridad de los participantes para evitar consumir ante situaciones de alto riesgo de consumo a la vez que dicha implementación mostró ser efectiva específicamente para que los participantes se sintieran seguros de enfrentar situaciones que involucren momentos agradables con otros y emociones agradables. Adicionalmente se encontró que específicamente la actitud de comunicación, la cual se enfoca en evitar la confrontación, así como los juicios de valor, también propicia aumentos en la seguridad de los participantes para no consumir ante situaciones de momentos agradables con otros y emociones agradables.

Resulta importante señalar que contrario a lo esperado y reportado por la literatura (Barraca, 2009) los resultados mostraron a su vez correlaciones negativas entre las competencias implementadas por los terapeutas y los factores de cambio presentados por los participantes en la siguiente sesión, lo que significa que cuando los terapeutas aumentaban sus niveles de implementación de habilidades y actitudes durante las sesiones, los participantes a la par mostraban bajos niveles en factores de cambio, de lo cual puede interpretarse que los terapeutas si bien realizaban conductas relacionadas con las habilidades y actitudes evaluadas en la presente

intervención, probablemente estas eran implementadas de manera incompleta. También podría interpretarse que, dentro de cada una de las habilidades y actitudes del modelo la implementación de todos los factores en los que se divide requieren ser implementados de manera conjunta para ser efectivas. A su vez, es imperante mencionar que los participantes no estaban buscando activamente disminuir su consumo de sustancias, por lo que pudieron mostrar resistencia y esto aunado a todo lo anterior generó resultados opuestos a los esperados.

Se encontró que en la sesión de consejo breve cuando el terapeuta explicaba las habilidades necesarias para llevar los planes de acción establecidos, modelaba dichas habilidades y llevaba a cabo un ensayo conductual con los participantes, estos últimos mostraban bajos niveles de seguridad en la siguiente sesión para enfrentar situaciones que involucraran momentos agradables con otras personas y evitar consumir en exceso. Esto podría deberse a que, dado que en el Cuestionario Breve de Confianza Situacional, la situación relacionada con momentos agradables con otros fue una de las situaciones en la que los participantes mostraron durante toda la intervención menores niveles de seguridad comparados con el resto de las situaciones del cuestionario, es probable que los terapeutas no identificaran correctamente el contexto en el que ocurría más frecuentemente un consumo excesivo de la sustancia y por lo tanto, no identificaron que las habilidades que debían ser explicadas y ensayadas para actuar ante este tipo de situación, por lo que probablemente los participantes contaron con herramientas insuficientes para enfrentar la situación y por lo tanto se mostraron más inseguros de poder enfrentarla en el futuro. Lo anterior resulta relevante en el ámbito del tratamiento de consumo de sustancias, ya que si bien, modelar y realizar ensayos conductuales resulta importante para mejorar la ejecución real de las conductas y o habilidades incluidas en éstos, resulta imperativo que los terapeutas tomen en cuenta la información proporcionada con anterioridad por las personas atendidas, de tal modo que puedan identificar las situaciones que resultan ser de mayor riesgo para el consumo y explorar dichas situaciones de manera que la persona pueda describirlas detalladamente de modo que el terapeuta logre identificar las habilidades y conductas que sean de utilidad para cada situación específica.

Por otro lado, se encontró que cuando los terapeutas durante el consejo breve aumentaban los niveles de implementación global de habilidades durante la sesión de consejo breve, los participantes disminuían los niveles de seguridad para enfrentar situaciones de malestar físico y

evitar consumir en exceso. A su vez, se encontró que las principales habilidades que fomentaban la disminución de autoeficacia para dicha situación fueron las habilidades de Dialoga y Seguimiento, lo que nos indica que las acciones enfocadas a analizar las ventajas y desventajas del consumo, enfatizando las desventajas, así como acciones relacionadas a guiar a los participantes a cambiar su conducta de consumo y recomendar seguimientos para asegurar el logro de los planes de acción establecidos durante la sesión generaban en los participantes una disminución de la autoeficacia ante momentos en los que experimentarían sensaciones de cansancio, estrés y o malestar. Esto podría deberse a actitudes de resistencia en los participantes, dado que algunos de ellos presentaban síntomas de dependencia y a que la mayoría de ellos no se encontraba buscando reducir su consumo de sustancias, probablemente, el hecho de enfrentar junto con los terapeutas las consecuencias negativas del consumo y la posibilidad de reducir en consumo para a su vez reducir las consecuencias asociadas a este pudo generar dificultades en los participantes para considerar hacer un cambio.

Aunado a esto, bajos niveles de autoeficacia para evitar consumir en exceso ante situaciones de malestar físico presentados durante el primer seguimiento se relacionaron con altos niveles de implementación de la habilidad Establece Metas, la cual se enfoca en proporcionar retroalimentación personalizada del nuevo patrón de consumo de los participantes, así como analizar las ventajas y desventajas que la reducción del consumo podría traer a la vida de los participantes. Nuevamente, esto podría deberse a una actitud de resistencia de los participantes para ya sea iniciar un cambio en su conducta de consumo o plantearse una nueva meta de reducción de consumo.

Por otro lado, los resultados mostraron que realizar acciones enfocadas a explicar, modelar y realizar ensayos conductuales de habilidades y conductas necesarias para llevar a cabo planes de acción que propicien la disminución del consumo de sustancias durante la sesión de consejo breve propició bajos puntajes en el Cuestionario Breve de Confianza Situacional, lo que implica bajos niveles de seguridad para evitar consumir en exceso ante diversas situaciones que son de alto riesgo de consumo. Esto podría deberse nuevamente a una incorrecta identificación de las habilidades necesarias de acuerdo al contexto de cada participante que mediante ensayos conductuales podría generar una mejora en la ejecución de los planes de acción y, por lo tanto,

incrementar la seguridad de los participantes para enfrentar diversas situaciones que podrían llevar al consumo excesivo y mantener la meta de consumo.

La implementación general de actitudes durante la primera sesión de seguimiento, que incluye la implementación de empatía, apertura a escuchar y resolver dudas, tono de voz tranquilo, respeto a los participantes a la vez que se evita la confrontación y los juicios de valor hacia los participantes propició bajos niveles de percepción de riesgo en la siguiente sesión, lo que implica una disminución de la cantidad y magnitud de amenazas que los participantes perciben del consumo de sustancias.

Por su parte, se encontró que cuando los terapeutas mostraban de manera conjunta las actitudes de comunicación y empatía durante la sesión de consejo breve, los participantes al finalizar dicha sesión mostraban menores niveles de motivación a realizar un cambio en su conducta de consumo, se halló que específicamente la actitud de comunicación, que se centra en el respeto a la decisión de cambio de los participantes y a la evitación de conductas confrontativas y de juicios de valor fue relevante para que dichos niveles de motivación disminuyeran. Esto podría deberse a que si bien los terapeutas realizaban de manera apropiada acciones como mostrar un tono de voz tranquilo, mostrarse abierto a escuchar, mostrar lenguaje respetuoso, evitar palabras altisonantes, evitar juicios de valor, mostrarse abiertos a resolver dudas, expresarse de manera clara y mostrarse empático, generalmente estas acciones no venían acompañadas de otras habilidades como retroalimentar, lo que significa que ante verbalizaciones por parte del terapeuta acerca de su inseguridad para enfrentar situaciones de malestar físico, los terapeutas mostraban entendimiento y empatía, pero estos no venían acompañados de nuevos planes de acción para evitar el consumo, ni de estrategias de resolución de problemas, lo que pudo fomentar la inseguridad de los participantes en la siguiente sesión.

Por otro lado, se encontró que altos niveles de implementación conjunta de actitudes, así como altos niveles de implementación específicamente de la actitud de comunicación durante la sesión de consejo breve se relacionó con bajos niveles de motivación por parte de los participantes para realizar un cambio en su conducta de consumo al finalizar dicha sesión. Lo anterior pudo deberse a que cuando los usuarios expresaban los avances obtenidos traducidos en la disminución del consumo de al menos una sustancia, los terapeutas se mostraban empáticos, y atentos a la información, motivando a los participantes a continuar con el cambio de conducta y

respetando la decisión de los participantes a mantener la meta de consumo o crear una nueva con el objetivo de reducir más el consumo de sustancias, ante ello es probable que los participantes reconocieran la importancia de la reducción de consumo y a la vez identificaran menos consecuencias asociadas a este a partir de dicha reducción, lo cual, a su vez impactó en qué tan riesgoso consideraban su actual patrón de consumo.

Finalmente, es necesario precisar que la presente investigación posee varias limitaciones. La muestra fue reducida y los participantes seleccionados no estaban buscando un tratamiento para el consumo de sustancias, lo que afecta la validez externa de la investigación, por lo que se sugiere que ante la réplica de esta investigación se seleccione una muestra más grande con participantes elegidos al azar.

Por otro lado, la validez interna de esta investigación también se ve afectada dado que no se cuenta con un grupo control, por lo que se recomienda seleccionar al menos un grupo control para asegurar que los cambios observados durante las sesiones se debieron al consejo breve y no ha alguna variable extraña.

Del mismo modo, se sugiere la réplica de esta investigación con estandarización del entrenamiento de los terapeutas, ya que en este estudio no todos los terapeutas asistieron a todas las sesiones de entrenamiento y por lo tanto esto pudo causar diferencias en la implementación del consejo breve, lo cual también pudo afectar los resultados de la investigación.

Por último, es necesario sugerir un cambio en la calificación de la lista cotejable usada para evaluar las competencias implementadas por los terapeutas, ya que esta consistió en respuestas dicotómicas de sí y no, lo cual limita la identificación de competencias que se implementan de manera incompleta o incorrecta y generar nuevos análisis.

## Conclusiones:

El objetivo de esta investigación fue describir la relación entre la implementación de habilidades y actitudes de terapeutas durante un consejo breve y los factores de cambio de los participantes atendidos, siendo estos la motivación, percepción de riesgo, autoeficacia, disposición al cambio y logro de meta de consumo. Los resultados mostraron que todas las variables estudiadas en los participantes a excepción de la percepción de riesgo tendieron a incrementar con el paso de las sesiones, siendo el punto crítico de aumento el momento después de la sesión de consejo breve. A su vez, se encontraron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre la implementación de competencias por parte de los terapeutas durante las sesiones de la intervención y los niveles de los factores de cambio de los participantes. El estudio también mostró tres correlaciones negativas entre la implementación de competencias por parte del terapeuta y factores de cambio del participante relacionados con la autoeficacia lo que puede ser explicado tanto por la poca experiencia de los terapeutas como por la resistencia de los participantes atendidos debido a que fueron voluntarios a participar, y no estaban buscando activamente un tratamiento para reducir su consumo de sustancias.

A partir de estos resultados surge la necesidad de estudiar qué elementos del consejo breve que no se encuentran presentes en las sesiones de seguimiento de la presente intervención resultan ser los efectivos para obtener el mayor incremento en los niveles de los factores de cambio de los participantes. Del mismo modo y dado que los participantes fueron voluntarios que no buscaban un tratamiento para su consumo de sustancias cuando fueron reclutados, podríamos preguntarnos ¿qué efecto podría tener que los participantes no estuvieran buscando reducir su consumo de sustancias sobre la efectividad de la intervención?

Resulta imperativo preguntarse ¿qué competencias del estudio fueron las evaluadas con menor puntaje para todos los terapeutas?; ¿resultaría necesario incluir nuevos componentes en el entrenamiento?; ¿sería necesario evaluar también la adherencia a los procedimientos y técnicas propias del consejo breve en adicciones? A partir de estas cuestiones se puede pensar en futuras investigaciones que estudien las competencias que son menormente implementadas por los terapeutas de tal manera que se puedan crear entrenamientos enfocados al reforzamiento de dichas competencias. A su vez, nos permiten reflexionar sobre los métodos e instrumentos

utilizados para medir la implementación de competencias terapéuticas y la posible necesidad de incorporar la adherencia como un factor importante para su evaluación.

Dado que los hallazgos del presente estudio nos muestran que la implementación de actitudes de empatía sin ser acompañadas con otras habilidades puede llevar a efectos negativos en la autoeficacia de los participantes atendidos, resulta imperante preguntarse ¿qué habilidades y actitudes requieren ser implementadas a la par en un Consejo breve para que resulten realmente efectivas en el cambio de conducta de consumo? A partir de ello se podrían desarrollar estudios relacionados con el entrenamiento conjunto de competencias para asegurar la efectividad de un tratamiento.

Por otro lado, dado que la mayoría de las correlaciones negativas entre las competencias y los factores de cambio de los participantes se dieron entre la seguridad para enfrentar una situación que incluya malestar físico y las competencias del modelo IDEAS, resulta imperante investigar qué variables están afectando la autoeficacia percibida para enfrentar dicha situación, es decir ¿son las competencias implementadas las que no se adecuan a este tipo de situaciones? ; ¿el instrumento no es lo suficientemente sensible a esta situación en específico?; ¿la muestra que participó en el presente estudio posee alguna característica que pudo llevar a estos resultados?

El presente estudio explora el uso de la observación directa de sesiones de tratamiento para evaluar las competencias implementadas por los terapeutas y si bien, resulta ser un método con ventajas relacionadas con poder evaluar la ejecución real de los terapeutas durante un consejo breve en adicciones resulta evidente que debe ser utilizada con cautela y con personas entrenadas o con experiencia en la implementación del tratamiento.

Resulta relevante incorporar los factores de cambio evaluados en los participantes en el presente estudio como variables que determinen la efectividad de un tratamiento dirigido al consumo de sustancias, ya que como la literatura ha señalado, la evaluación únicamente del egreso o de la disminución de la cantidad de consumo de sustancias podría resultar insuficiente, sobre todo en las primeras etapas de la intervención para determinar la efectividad del tratamiento.

Finalmente, es importante recalcar que la presente investigación tiene un gran aporte a la psicología clínica del consumo de sustancias, ya que a través de este es posible mejorar las



prácticas clínicas de profesionales de la salud, así como el entrenamiento de los mismos, lo cual, como se ha observado en la presente investigación tendrá un impacto en la efectividad de la intervención y en los usuarios atendidos. El uso continuado de listas de cotejo de evaluación conductual para terapeutas, así como la medición de variables relacionadas con el cambio de conducta de consumo en los usuarios puede traer grandes beneficios al desarrollo profesional de los terapeutas y a la salud física y mental de la población atendida.

## Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría. (2017). Qué es la adicción.

<https://www.psychiatry.org/patients-families/addiction/what-is-addiction>

Axley, L. (2008). Competencias: un análisis del concepto.

Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, L., & Sobell, M. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México.

Babor, T., Higgins-Biddle, J., Dauser, D., Bureson, J., Zarkin, G., & Bray, J. (2006).

Intervenciones breves para el consumo de alcohol en riesgo: resultados de los pacientes y rentabilidad en organizaciones de atención administrada.

Bandura, A. (1977). Autoeficacia: hacia una teoría unificadora del cambio de comportamiento.

Barraca, J. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual Tercera Generación.

Barnfield, T., Mathieson, F., & Beaumont, G. (2007). Evaluando el Desarrollo de Competencia Durante el Posgrado en Entrenamiento de Terapia Cognitivo Conductual.

Bartram, D., & Roe, R. (2005). Definición y Evaluación de Competencias en el Contexto del Diploma Europeo en Psicología.

Berra, E., & Muñoz, S. (2018). El modelo transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal.

Bien, T., Miller, W., & Tonigan, S. (1993). Intervenciones breves para problemas con el alcohol: una revisión, 317-319.

Borreli, B., Novak, S., Hecht, J., Emmons, K., Papadonatos, G., & Abrams D. (2005). Las enfermeras de atención domiciliaria como nuevo canal para dejar de fumar.

Branson, A., Shafran, R., & Myles, P. (2015). Investigando la relación entre competencias y el egreso de los pacientes con Terapia Cognitivo Conductual.

Brown, L., Craske, M., Glenn, D., Stein, M., Sullivan, G., Sherbourne, C., Bystritsky, A., Welch, S., Campbell, L., Lang, A., Roy-Byrne, P., & Rose, R. (2012). Las competencias en Terapia Cognitivo Conductual de novatos mejora la ansiedad.

- Burling T. A., Reilly, P. M., Moltzen J. O., & Ziff D. C. (1989). Autoeficacia y recaída entre pacientes hospitalizados que abusan de las drogas y el alcohol: un predictor de resultados.
- Campos-Melady, M., Smith, J., Meyers, R., Goodley, S., & Goodley, M. (2017). El efecto de la adherencia y las competencias de los terapeutas en la aplicación del enfoque de Refuerzo Comunitario en Adolescentes centrado en el egreso del cliente.
- Carrol, K., & Onken, L. (2013). Terapias Conductuales para el Uso de Drogas.
- Comisión Interamericana para el Consumo de Drogas. (2017). *Manual para la prevención del consumo de drogas*.
- Comisión Interamericana para el Consumo de Drogas. (2013). El problema de drogas en las Americas.
- Comisión Interamericana para el Consumo de Drogas. (2012) Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida.
- Correa, J. (2011). La importancia de la evaluación por competencias en contextos clínicos dentro de la docencia universitaria en salud.
- DiClemente, C. (1983). Etapas y procesos de cambio del tabaquismo: hacia un modelo integrador de cambio.
- Dillard, A., Ferrer, R., Ubel, P., & Fagerlin, A. (2012). Mediciones de percepción de riesgo. Asociaciones con intenciones de comportamiento, afecto y cognición después de mensajes de detección de cáncer de colon.
- Esparza, O. A., Carrillo, I. C., Quiñones, J., del Castillo, A., Guzmán, M. E., Ochoa, S. G., Gurrola, G. M., Balcázar, P., Villarreal, M. E., & Sánchez, J. C. (2013). Cuestionario de ejercicio basado en el Modelo Transteórico de la Conducta en una muestra mexicana.
- European Certificate in Psychology (2015). Competencias de los psicólogos.  
<http://www.europsy.cop.es/index.php?page=competencias-de-los-psicologos>
- Fairburn, C. & Cooper, Z. (2011) Competencia del terapeuta, calidad de la terapia y formación del terapeuta.

- Flórez-Alarcón, L. (2005). Evaluación de los procesos de cambio propuestos por el modelo transteórico, en estudiantes de secundaria y universitarios consumidores de alcohol.
- Flórez-Alarcón, L., & Castellanos-Morales, C. (2011). Efectos de la entrevista motivacional sobre la motivación autónoma en jóvenes consumidores de alcohol.
- Ferreira-Borges, C. (2005). Efectividad de un consejo breve e intervención conductual para dejar de fumar en mujeres embarazadas. *Medicina Preventiva*.
- Frías, A., González, L., Palma, C., & Farriols, N. (2016). Motivación para el cambio como predictor de la respuesta al tratamiento para la distimia.
- Galdeano, C., & Valiente, A. (2010). Competencias profesionales.
- Martin, G. W., Wilkinson, D. A., & Poulos, C. X. (1995). La Escala de Autoeficacia de Evitación de Drogas.
- Gil, J. (2008). Consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanzas secundarias. Factores de riesgo y factores de protección.
- González, A., Fabelo, J., & Naranjo, W. (2013). Competencias para la intervención en adicciones, una necesidad en la formación de psicólogos.  
<http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v5n2/edu19213.pdf>
- Fabelo, J., Iglesias, S., González, A., & Naranjo W. (2014). Formación de capital humano para la prevención y atención de las adicciones.
- Hinojo, F., & Fernández, F. (2007). Competencia, competencias profesionales y perfil profesional: retrato del perfil del psicopedagogo.
- Hoch, E., Noack, R., Henker, J., Pixaa, A., Höfler, M., Behrendt, S., Bühringer, G., & Wittchen H. (2012). Eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual dirigido a los trastornos por consumo de cannabis.
- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T., Souza-Formigoni, M., de Lacerda, R., Ling, W., & Vendetti, J. (2011). Un ensayo controlado aleatorizado de una intervención breve para drogas ilícitas relacionada con la Prueba de Detección del Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST) en clientes reclutados en entornos de atención primaria de salud en cuatro países.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2016). Reporte Mundial de Drogas.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2020). Terapia cognitiva conductual (alcohol, marihuana, cocaína, metanfetamina, nicotina).

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones/enfoques-con-base-cientifica-para-los-tratamientos-de-la-drogadiccion/terapias-de-la-conducta/terapia-cognitiva-conductual>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2018). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/tratamiento-y-recuperacion>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2010). Principios de Tratamiento para Adicción a las Drogas: Una Guía Basada en Investigación.

Kazantzis, N. (2003). Competencias Terapéuticas en Terapia Cognitivo Conductual.

Kelly, T., & Daley, D. (2013). Tratamiento del uso de sustancias y enfermedades psiquiátricas.

Lefío, L., Villarroel, S., Rebolledo, C., Zamorano, P.; & Rivas, K. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas.

Llorente, J., & Iraurgi-Castillo, I. (2008), Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína.

Martínez, K., Pedroza, F., Vacío, M., Jiménez, A., & Salazar, M. (2008). Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol.

Martínez, K., Pedroza, F., Salazar, M., & Vacío, M. (2010). Evaluación experimental de dos intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol de adolescentes.

Martínez, K., Salazar, M., Ruiz, G., Barrientos, V., & Ayala, H. (2009). Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas.

Medina-Mora, M., Real, T., Villatoro, J., & Natera, G. (2012). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos?

Melo, D., & Castanheira, L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos.

Mendez, M. (2018). Percepción del riesgo y consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria.

Miller, W. (1985). La motivación para el tratamiento: Una revisión con especial énfasis en alcoholismo.

Miller, W., Benefield, R., & Tonigan, J. (1993). Mejora de la motivación para el cambio en problemas con la bebida: una comparación controlada de dos estilos terapéuticos.

Miller, W., & Rollnick, S. (2013). Aplicaciones de la Entrevista Motivacional. Entrevista Motivacional: Ayudando a las personas a cambiar.

Morales, S., Martínez, K., Carrascoza, C., Chaparro, C., & Martínez, M. (2013). Evaluación de habilidades de consejo breve en el ámbito de las adicciones.

Newble, D. (2004). Técnicas para medir la competencia clínica: exámenes clínicos objetivos y estructurados.

Organización de los Estados Americanos (2017). Transferencia de las Intervenciones breves para la Prevención de Recaídas en Adicciones.

Organización Mundial de la Salud (2011). Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso en la atención primaria.

Padilla, J., Acosta, B., Guevara, M., Gómez, J., & González, A. (2006). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de autoeficacia general aplicada en México y España.

Pérez, P., Calzada, N., Guardiola, R., & Torrico, E. (2012). Estructura Factorial de la prueba ASSIST, aplicación del análisis factorial exploratorio y confirmatorio.

Prochaska, J., & Velicer, W. (1997). El Modelo Transteórico de Cambio de Conductas de Salud.

Olivari, C., & Urra, E. (2007). Autoeficacia y Conductas de Salud.

Pérez, F. (2011). En qué cambian los pacientes drogodependientes a los seis meses de tratamiento en la comunidad terapéutica.

Reina, M., Oliva, A., & Parra, A. (2010) Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia.

Rodríguez, A. (2002).Efectividad de las técnicas de consejo breve.

Rollnick, S., & Miller, W (1995). ¿Qué es la entrevista motivacional?

Rosenthal, T. (2015).La psicología conductual y las neurociencias de las adicciones.

Sainz, M., Rosete-Mohedano, M., Natera, G., Martínez, N., Carreño, S., & Pérez, D. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios.

Salazar, M., Pérez, J., Ávila, O., & Vacio, M. (2012). Consejo breve a universitarios que consumen alcohol en exceso: resultados iniciales

Salazar, M., Pérez, J., Ávila, O., & Vacio, M. (2019). Adaptación y validación del Cuestionario Breve de Confianza Situacional en universitarios mexicanos que consumen alcohol.

Sánchez, H., Tomás, G., & Morales, G. (2004).Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones.

Sánchez-Hervas, E., Gradolí, T., Del Olmo, R., Molina, N., & Morales E. (2002). Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas.

Sánchez-Hervas, E., & Tomas, V. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas.

Santos, P., González, G., Fons, M., Forcada, R., & Zamorano, C. (2001). Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio.

Santuchi, K. (2012). Enfermedad psiquiátrica y abuso de sustancias.

Secretaria de Educación Pública (2012). Actualizaciones en Adicciones, Prevención y Tratamiento de adicciones.

Secretaria de Salud (2014). Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones.

Sharpless, B., & Barber, J. (2009). Una revisión conceptual y empírica del significado, medición, desarrollo y enseñanza de competencias de intervención en psicología clínica.

Skutle, A. (1999). La relación entre las expectativas de autoeficacia, la severidad del abuso del alcohol y los beneficios psicológicos de beber.

Tamblay, N., & Seijas, D. (2008). Factores determinantes en el éxito de un tratamiento antitabaco.

Vallejo, M. (2014). La evaluación auténtica de los procesos educativos.



ANEXO 1

Lista Cotejable de evaluación conductual de habilidades y actitudes

Lista cotejable de habilidades y actitudes del profesional de la salud en consejo breve					
Nombre del terapeuta:					
Iniciales del usuario:					
		Habilidad	Sí=3/ No=2		
1.	<b>I</b>	Indaga acerca del patrón de consumo			
2.	<b>I</b>	Indaga sobre los problemas asociados al consumo		NA	NA
3.	<b>D</b>	Indaga el interés y motivación de la persona al cambio			
4.	<b>E</b>	Identifica el nivel de intervención		NA	NA
5.	<b>E</b>	Proporciona retroalimentación personalizada sobre patrón de consumo			
6.	<b>E</b>	Proporciona retroalimentación personalizada sobre consecuencias del consumo			
7.	<b>A</b>	Explica el proceso de una adicción		NA	NA
8.	<b>E</b>	Explica los efectos de la sustancia		NA	NA
9.	<b>D</b>	Analiza ventajas del consumo		NA	NA
10.	<b>D</b>	Analiza desventajas del consumo		NA	NA
11.	<b>E</b>	Analiza ventajas de la reducción o suspensión del consumo			
12.	<b>E</b>	Analiza desventajas de la reducción o suspensión del consumo			
13.	<b>D</b>	Enfatiza las desventajas del consumo			
14.	<b>E</b>	Realiza escucha reflexiva			
15.	<b>R</b>	Refuerza la autoeficacia de la persona			
16.	<b>R</b>	Resuelve la resistencia de la persona			
17.	<b>SE</b>	Guía a la persona a una meta de reducción o suspensión del consumo o asistencia a tratamiento			
18.	<b>R</b>	Identifica el contexto para un plan de acción			
19.	<b>R</b>	Define claramente el plan de acción			
20.	<b>R</b>	Identifica los pasos para llevar a cabo el plan de acción			
21.	<b>R</b>	Identifica obstáculos para realizar el plan de acción			
22.	<b>R</b>	Identifica opciones para enfrentar los obstáculos del plan de acción			
23.	<b>A</b>	Explica verbalmente a la persona la conducta/habilidad implicada en el plan de acción			
24.	<b>A</b>	Modela la conducta/habilidad implicada en el plan de acción			
25.	<b>A</b>	Solicita a la persona el ensayo de la conducta/habilidad implicada en el plan de acción			
26.	<b>A</b>	Retroalimenta la ejecución de la persona			
27.	<b>SE</b>	Recomienda realizar seguimiento para garantizar que la persona lleve a cabo los planes de acción			
28.	<b>SE</b>	Identifica necesidades adicionales de atención			
29.	<b>SE</b>	Proporciona opciones para referenciación con otros profesionales o centros especializados			
		Actitud			
1.		Mantiene contacto visual con la persona	NA	NA	NA

2.		Mantiene una postura física cómoda	NA	NA	NA
3.	E	Muestra un tono de voz tranquilo y claro			
4.		Aborda aspectos de confidencialidad en la sesión			
5.	E	Muestra empatía con el usuario			
6.	E	Muestra un lenguaje respetuoso con la persona			
7.	E	Se muestra abierto a escuchar la información que proporciona la persona			
8.	C	Muestra disposición a resolver dudas y aclarar información			
9.	E	Expresa asertiva y claramente la información con la persona			
10.	C	Respeto la decisión de la persona de realizar el cambio por sí mismo			
11.	C	Evita la confrontación con la persona			
12.	C	Evita el uso de palabras altisonantes			
13.	C	Evita realizar juicios de valor ante la información proporcionada por la persona			

## ANEXO 2

### Prueba de Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

**Iniciales:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_ **Género:** M F **Escolaridad:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_  
**Estado civil:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

1. ¿Alguna vez en su vida ha consumido...?		
a. Tabaco	No	Sí
b. Bebidas alcohólicas	No	Sí
c. Cannabis	No	Sí
d. Cocaína	No	Sí
e. Estimulantes de tipo anfetamina	No	Sí
f. Inhalantes	No	Sí
g. Sedantes o pastillas para dormir	No	Sí
h. Alucinógenos	No	Sí
i. Opiáceos	No	Sí
j. Otros (especifique)	No	Sí

Si todas las respuestas son negativas, pregunte:  
 ¿Tampoco cuando era estudiante?

Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, **detenga la entrevista.**

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de las preguntas, **haga la pregunta 2** para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansia de consumir (primera droga, segunda, etc.)?	
Nunca	Diario o casi
1 ó 2 veces	Semanalmente
Mensualmente	Semanalmente
Semanalmente	Diario o casi

2. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó? (primera droga, segunda, etc.)					
	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
c. Cannabis	0	2	3	4	6
d. Cocaína	0	2	3	4	6
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	2	3	4	6
f. Inhalables	0	2	3	4	6
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	0	2	3	4	6
i. Opiáceos	0	2	3	4	6
j. Otros (especifique)	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "nunca" en todas las secciones, pase a la pregunta 6.

Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2, continúe con las preguntas **3,4 y 5** para cada sustancia.

4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	
Nunca	Diario o casi
1 ó 2 veces	Semanalmente
Mensualmente	Semanalmente
Semanalmente	Diario o casi

a. Tabaco	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
c. Cannabis	0	3	4	5	6
d. Cocaína	0	3	4	5	6
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	3	4	5	6
f. Inhalables	0	3	4	5	6
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos	0	3	4	5	6
i. Opiáceos	0	3	4	5	6
j. Otros (especifique)	0	3	4	5	6

a. Tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c. Cannabis	0	4	5	6	7
d. Cocaína	0	4	5	6	7
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	4	5	6	7
f. Inhalables	0	4	5	6	7
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Opiáceos	0	4	5	6	7
j. Otros (especifique)	0	4	5	6	7

**5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda, etc.)**

	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Tabaco	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8
c. Cannabis	0	5	6	7	8
d. Cocaína	0	5	6	7	8
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	5	6	7	8
f. Inhalables	0	5	6	7	8
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Opiáceos	0	5	6	7	8
j. Otros (especifique)	0	5	6	7	8

**6. Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda, etc.)**

	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Cannabis	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	6	3
f. Inhalables	0	6	3
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros (especifique)	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para las sustancias usadas alguna vez (las mencionadas en la pregunta 1).

Haga las preguntas 6 y 7 para las sustancias usadas alguna vez (las mencionadas en la pregunta 1).

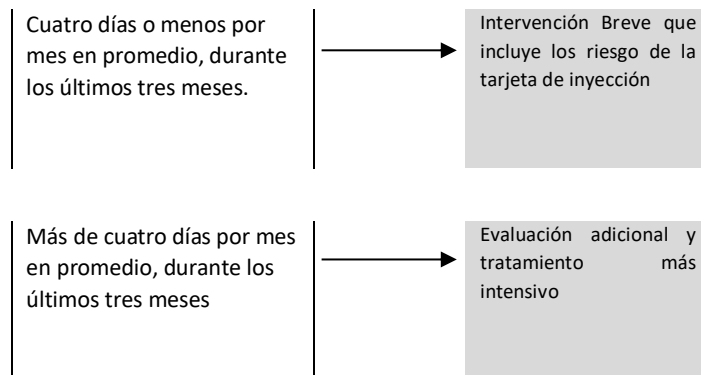
7. ¿Ha intentado <u>alguna vez</u> reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda, etc.) y no lo ha logrado?	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Cannabis	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	6	3
f. Inhalables	0	6	3
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros (especifique)	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para las sustancias usadas alguna vez (las mencionadas en la pregunta 1)

8. ¿ <u>Alguna vez</u> ha consumido alguna droga por vía inyectada?	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
---	-------	----------------------------	------------------------------------

(Marque la casilla correspondiente)

Es importante preguntar acerca de sus hábitos de inyección:



### El tipo de intervención se determina por la puntuación de consumo de sustancias específicas

	Registrar la puntuación	Requiere consejo Breve	Requiere Intervención Breve	Tratamiento más Intensivo
a. Tabaco		0 - 3	4 - 26	27 +
b. Bebidas alcohólicas		0 - 10	11 - 26	27 +
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	27 +
d. Cocaína		0 - 3	4 - 26	27 +
e. Estimulantes de tipo anfetamina		0 - 3	4 - 26	27 +
f. Inhalables		0 - 3	4 - 26	27 +
g. Sedantes o pastillas para dormir		0 - 3	4 - 26	27 +
h. Alucinógenos		0 - 3	4 - 26	27 +
i. Opiáceos		0 - 3	4 - 26	27 +
j. Otros (especifique)		0 - 3	4 - 26	27 +

ANEXO 3

Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer

INDICACIONES: No hay respuestas correctas, ni incorrectas. Lea cada una de las afirmaciones, y marque con una “X” el número que considere conveniente. Utilice la siguiente escala para responder a todas las afirmaciones:

	1 INCORRECTO	2 A PENAS CIERTO	3 MÁS BIEN CIERTO	4 CIERTO
1.- Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.				
2.- Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.				
3.- Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.				
4.- Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.				
5.- Gracias a mis cualidades puedo superar situaciones imprevistas.				
6.- Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo (a) porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.				
7.- Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.				
8.- Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.				
9.- Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.				
10.- Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.				

## ANEXO 4

### Cuestionario Breve De Confianza Situacional

A continuación se presentan 8 diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma consumir. Imagínese que en este momento está en cada una de estas situaciones e indique en la escala de 0% a 100% qué tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de consumir, donde 0% significa “INSEGURO” ante esa situación y 100% que está “TOTALMENTE SEGURO” de poder resistir consumir.

**En este momento sería capaz de resistir la necesidad de beber en exceso o consumir drogas en aquellas situaciones que involucran...**

**SITUACIÓN**

**ME SIENTO... (0%-100%)**

1. EMOCIONES DESAGRADABLES (por ejemplo: si estuviera deprimido en general; si las cosas me estuvieran saliendo mal).
2. MALESTAR FÍSICO (por ejemplo: si no pudiera dormir; si me sintiera nervioso y tenso).
3. EMOCIONES AGRADABLES (por ejemplo: si me sintiera muy contento; si quisiera celebrar; si todo fuera por buen camino).
4. PROBANDO MI CONTROL SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL (por ejemplo: si pensara que ya no tengo problemas con el alcohol o con las drogas; si me sintiera seguro de poder controlar el consumo).
5. NECESIDAD FÍSICA (por ejemplo: si tuviera urgencia de consumir)
6. CONFLICTO CON OTROS S (Por ejemplo: si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo).
7. PRESIÓN SOCIAL (por ejemplo: si alguien me presionara a consumir con ellos; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera la sustancia).
8. MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS (por ejemplo: si quisiera celebrar con un amigo; si me estuviera divirtiendo con un amigo (a) y quisiera sentirme mejor).

ANEXO 5

Cuestionario Breve

	<b>Sesión 1</b>		<b>Sesión 2</b>	<b>Sesión 3</b>
1.- Del 0 al 10 ¿Qué tan riesgoso considera su consumo?	Antes del consejo breve:	Después del consejo breve:		
2.- Del 0 al 10 ¿Qué tan motivado se siente para llevar a cabo un cambio?	Antes del consejo breve:	Después del consejo breve:		
3.- ¿Logró la meta establecida en el consejo breve?	NA			
Descripción (habilidades utilizadas, obstáculos presentados, recursos utilizados)				
4.-Etapa de cambio en que se encuentra (elegir solo 1)	Precontemplación Acción Contemplación Preparación Mantenimiento Recaída	Precontemplación Contemplación Preparación Acción Mantenimiento Recaída	Precontemplación Contemplación Preparación Acción Mantenimiento Recaída	
Descripción de la etapa de cambio (deseo de cambio, nivel de disposición al cambio, reconocimiento de consecuencias negativas, conciencia del problema)				



## ANEXO 6

### Consentimiento informado

Agradecemos su participación en las prácticas de la clase de “Tópicos Selectos en Adicciones”. Su participación tiene la función de monitorearse en la implementación de competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) que promuevan la eficacia del Consejo breve en Adicciones.

Algunas condiciones que necesita saber sobre su participación:

- Su participación es completamente voluntaria
- Sus aportaciones son de suma relevancia y obtendrá retroalimentación acerca de los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados.
- Su participación será audio grabada para posibilitar la supervisión del Consejo breve que le será proporcionado.
- Puede hacer cualquier pregunta o comentario al aplicador que tenga respecto a su participación.
- Toda la información recolectada durante la aplicación será **COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL**, los datos serán tratados con extremo cuidado y responsabilidad ética. El material audio grabado no será difundido por ningún medio, bajo ninguna circunstancia y solo tendrán acceso a él los profesionales responsables.

### FIRMAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto haber comprendido la información antes descrita y otorgo mi consentimiento de mi participación.

Participante \_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Nombre y firma

Aplicador \_\_\_\_\_

Nombre y firma

## ANEXO 7

### Acuerdo de Confidencialidad

Por medio de la presente yo \_\_\_\_\_,  
manifiesto que es de mi conocimiento que:

- Deberé informar al participante sobre el Consejo breve y la audio grabación de las sesiones.
- Me comprometo a presentar el consentimiento informado al participante y haré constar su participación voluntaria por medio de la firma de dicho consentimiento.
- Realizaré tres aplicaciones del ASSIST
- Implementaré tres consejos breves
- Daré 2 sesiones de seguimiento a cada participante
- Mantendré en completa confidencialidad los datos de los participantes y las grabaciones, comprometiéndome a:
  - No reproducir, divulgar, exhibir y/o comentar en ningún medio o con personas ajenas al responsable, las grabaciones, datos de los participantes, instrumentos de evaluación, materiales, resultados del producto de mi colaboración y/o cualquier información sensible relacionada con la aplicación del consejo breve.
  - Resguardar las videograbaciones, datos y resultados de los participantes obtenidos de la aplicación del consejo breve.
- Mostraré un comportamiento profesional y ético con el participante y la información que me brinde.
- Informaré al responsable de cualquier eventualidad que pueda relacionarse con mi desempeño en el consejo breve.

Declaro que firmo el presente acuerdo con libre voluntad.

CDMX, México al \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2019

---

Nombre y firma del supervisor

---

Nombre y firma del responsable