



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS PARA EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES
DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN ENTRENAMIENTO VÍA REMOTA

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

PRESENTA:
JULIO FLORES PADRÓN

TUTORA
DRA. VIOLETA FÉLIX ROMERO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

COMITÉ TUTOR
DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MTRA. EMMA VIVIÁN ROTH GROSS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

DR. AGUSTÍN VÉLEZ BARAJAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

DRA. GUILLERMINA NATERA REY
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

CIUDAD UNIVERSITARIA

NOVIEMBRE, 2022



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.

Dedicada a mis padres, no me alcanzarán las palabras para agradecerles por todo...

A mi madre, a ti te debo cada logro que tenga en la vida, gracias a ti he aprendido la importancia del esfuerzo, el sacrificio, las recompensas que a veces vienen con ello, pero también la importancia de reconocer los errores, aprender de ellos, y tratar de no repetirlos.

A mi padre, gracias por siempre estar, por enseñarme a dar lo mejor de mí. Cuando me apoyas, me brindas la seguridad que necesito para reafirmar mis decisiones, si un día soy padre espero ser tan bueno como tú lo eres.

Agradecimientos

Agradezco a mi tutora, la **Dra. Violeta Félix**, por todo el apoyo que me ha brindado durante la residencia en la maestría desde principio a fin, por compartir su amplio conocimiento y mostrarme este campo de investigación tan necesario en nuestra rama; a su equipo de profesionales, especialmente a **Anayantzi, Karla, Karen y Diana Tzek**, por su tiempo, dedicación y cooperación en este proyecto, quedo en deuda con ustedes. A la 9na generación de la Especialidad en Adicciones, por su participación y atenta comunicación.

Agradezco a la **Dra. Lydia Barragán**, por mostrarse atenta y dispuesta a ayudar a toda mi generación durante la residencia, por siempre dar un extra y ser tan profesional. A los integrantes de mi jurado, la **Mtra. Emma Roth**, el **Dr. Agustín Vélez** y la **Dra. Guillermina Natera** por sus revisiones, comentarios y regaños que, sin duda, fueron de gran ayuda para complementar y mejorar el presente trabajo.

Finalmente, agradezco a mis personas cercanas por estar siempre a mi lado en cada momento, sea bueno o malo. Especialmente a aquellas que estuvieron muy de cerca en la maestría, a mi hermana **Sara** por su apoyo y cariño incondicional. A **Ana** por ser la mejor amiga que pude haber conocido en esta etapa e inspirarme con su brillantez. A **Ana Lidia** y **Karla**, por compartirme de su experiencia y formar un gran equipo terapéutico. A mis amigos **Camacho** y **Maya**, ese grupo de tres fue fundamental para no volverme loco en la pandemia, ustedes lograban sacarme de mi mundo académico cuando necesitaba paz mental. A **Rue** por darme ese refugio que necesitaba en aquellos momentos de desesperación, por escucharme siempre y, por ayudarme a encontrar esa motivación que a veces se me escapa.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
Panorama general del consumo de sustancias	2
Consumo de sustancias y adicción	5
Intervenciones breves para el tratamiento del consumo de sustancias	8
Implementación de las Intervenciones Breves en Adicciones	12
Formación y Competencias del Profesional de la Salud	15
MÉTODO	21
Participantes	21
Instrumentos	21
<i>Guion de Situación Simulada</i>	21
<i>Lista Cotejable de habilidades y actitudes del profesional de la salud</i>	22
<i>Lista Cotejable del nivel de implementación de los principios básicos por el terapeuta</i>	23
Procedimiento	25
<i>Entrenamiento</i>	25
<i>Situaciones Simuladas</i>	26
<i>Situación Real</i>	28
RESULTADOS	29
Entrenamiento	29
Situaciones Simuladas	30
<i>Habilidades y actitudes</i>	32
Situación Real	40
DISCUSIÓN	42
REFERENCIAS	53
ANEXOS	61

RESUMEN

Ante el aumento de personas que consumen alguna sustancia psicoactiva y el requerimiento de tratamientos basados en evidencia, es importante la formación adecuada de profesionales especializados en intervenciones breves en adicciones. Existen diversos programas utilizados para el tratamiento de consumo de sustancias y es importante que los profesionales de la salud obtengan un entrenamiento adecuado para su aplicación, así como de desarrollar las competencias necesarias para la intervención y el consejo breve en adicciones. La capacitación en línea representa un enfoque prometedor para entrenar a profesionales, ofreciendo ventajas importantes al compararse con las estrategias tradicionales para la formación de profesionales de la salud. Bajo estas premisas, el interés de la presente investigación fue monitorear la adquisición de competencias en profesionales de la salud durante un entrenamiento de modalidad remota en intervenciones de consumo de sustancias, así como la evaluación de habilidades y actitudes que desarrollan a lo largo de éste a través de tres situaciones simuladas y una real al finalizar el entrenamiento. Los resultados muestran que hubo un incremento gradual en el porcentaje de implementación grupal a lo largo de las evaluaciones simuladas, teniendo medias de 80.06 ± 6.55 (Media \pm DE); 85.30 ± 4.99 ; y, 87.81 ± 6.00 , en las tres evaluaciones, respectivamente. Dentro de la situación real en la implementación del componente de análisis funcional, se obtuvo una media grupal de 59.87 ± 15.86 , y en la implementación de programar conductas alternativas al consumo se obtuvo una media grupal de 49 ± 19.68 . Estos resultados suman evidencia a favor de que el entrenamiento remoto puede ser una excelente opción para la capacitación de un mayor número de profesionales de la salud, entre sus ventajas están el menor gasto de recursos, el aprendizaje asíncrono, además de la obtención de resultados similares a los métodos presenciales, permitiendo la adquisición de habilidades y actitudes terapéuticas necesarias para la atención del consumo de sustancias.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años, el número de casos de personas que consumen alguna sustancia psicoactiva ha incrementado y los índices reportados tanto en encuestas nacionales e internacionales muestran una tendencia al incremento que podría proseguir en el futuro. Por ello, resulta importante, llevar a cabo tratamientos eficaces que logren resolver esta problemática lo mejor posible. Para ello es importante dar a conocer, difundir, y proporcionar intervenciones basadas en evidencia científica que puedan propiciar más mejorías sobre tratamientos con resultados ambiguos, pero mayormente conocidos. Por ejemplo, es habitual escuchar como respuesta de familiares de una persona que consume alguna sustancia psicoactiva que han pensado en internar a su familiar en los llamados Anexos o que en ocasiones anteriores el familiar que consume una sustancia ha asistido a grupos de Alcohólicos Anónimos no certificados, pero que han dejado de asistir debido a que pueden experimentar malas prácticas. Derivado de esto, se puede adoptar una creencia de que las intervenciones hacia el consumo de sustancias son disfuncionales, y que las opciones conocidas no profesionales son poco eficaces.

Estos ejemplos de procedimientos de atención permiten visualizar mejor la idea de que es importante cubrir la necesidad de contar con nuevas estrategias y con profesionales en salud mental altamente capacitados para atender la conducta adictiva. Aunque la investigación sigue creciendo, es necesario que los hallazgos tengan un alcance en el público general, que sea de fácil acceso y puedan contemplar las terapias basadas en evidencia no sólo como una opción viable sino como una de las primeras opciones en las que se sugiere acudir.

Panorama general del consumo de sustancias

El Informe Mundial de Drogas (2021), estima que, en 2019, 275 millones de personas de entre 15 y 64 años en todo el mundo (5.5% de la población mundial) habían consumido drogas al

menos una vez en el año anterior, índice que supera al reportado en 2017, en el que se estimaban 271 millones de personas (Informe Mundial de Drogas, 2019). En 2017, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) reportó que el consumo de cualquier sustancia alguna vez en la vida ha aumentado de manera significativa en la población general del país si se compara la encuesta aplicada en 2011 con la actual de 2016, reportando resultados de 7.8% a 10.3%, respectivamente, y tendencias similares cuando sólo se trata de drogas ilegales con 7.2% en 2011 e incrementando a 9.9% para 2016; por otra parte, cuando se trata del consumo de sustancias en el último año, ya sea el consumo de cualquier droga o de drogas ilegales aumentó de 1.8% y 1.5% a 2.9% y 2.7%, respectivamente.

Estos resultados muestran que el consumo tanto en hombres como mujeres va aumentando, en el caso de los varones reportan un aumento del consumo de cualquier droga en el último año, al comparar los resultados obtenidos en 2011 con los de la ENCODAT realizada en 2016, de 3% a 4.6%, y con drogas ilegales de 2.6% a 4.4%; por otra parte, el crecimiento del consumo en las mujeres fue mayor, prácticamente duplicando el consumo de cualquier droga de 0.7% a 1.3%, y triplicando el porcentaje de consumo de drogas ilegales de 0.4% a 1.1%.

Inversamente al aumento del consumo de sustancias a lo largo de los años, se encontró que la edad de inicio del consumo de sustancias ha disminuido, la ENCODAT (2017), reporta que las edades de inicio han sido de 20.6 años en 2002, 18.7 en 2008, 18.8 en 2011 y 17.7 años en 2016, en promedio respecto a la población de todo el país.

El consumo de sustancias puede generar conducta adictiva caracterizada por síndrome de dependencia. Entre los 275 millones de consumidores de cualquier droga estimados en el Informe Mundial de Drogas (2021), aproximadamente 36,3 millones, cerca del 13%, padecen trastornos por consumo de drogas, esto significa que pueden experimentar dependencia al consumo de

sustancias y requerir tratamiento. La ENCODAT ha obtenido datos de que en el último año la dependencia a sustancias ha sido reportada por el 0.6% de la población, siendo más evidente en las edades de adulto joven entre 18 y 34 años de edad, en que el 2% de los hombres y el 0.3% de las mujeres reportan dependencia, lo que indica que el problema en población masculina es mayor. Al indagar respecto a las dificultades relacionadas al consumo de drogas, se encontraron datos que indican que dependiendo de la problemática o dependencia al consumo de drogas médicas e ilegales, se reporta una mayor dificultad ante situaciones cotidianas y más días productivos perdidos (ENCODAT, 2017).

Respecto al tratamiento y necesidades de atención existentes ante el consumo de sustancias, es importante conocer inicialmente el tipo de tratamiento que suele buscarse, así como las características de las personas atendidas. En cuanto a Centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales, se tiene registro de que, en 2016, 60,582 personas acudieron a 1,125 centros de tratamiento no gubernamentales en 281 ciudades del país. El promedio de edad fue de 31.08, y el 89.6% eran del sexo masculino. El 47.3% de los pacientes que acudieron a tratamiento lo hicieron voluntariamente, el 44.1% fue llevado por amigos o familiares. Las drogas de inicio principales fueron el alcohol (45.8%), el tabaco (28.7%), la marihuana (14.8%), los inhalables (4.6%) y la cocaína (2.6%); mientras que las principales drogas de impacto fueron el alcohol (39.3%), el cristal (22.9%), la marihuana (14.3%), la cocaína (9.4%), los inhalables (5.5%), la heroína (3.4%) y el tabaco (2.6%). De las personas que reportaron consumir sustancias en el último año, el 8% acudió a tratamiento; de las personas que reportaron dependencia en el último año, el 20.4% asistió a tratamiento. El 54.2% de los hombres que reportaron dependencia acudieron a tratamiento residencial o consulta externa, seguido de estancia en un anexo (53%) y tratamiento por desintoxicación (51.1%); el 31.5% de mujeres asistió a tratamiento por desintoxicación y 22.9%

estuvo en tratamiento residencial o en estancia en un anexo (ENCODAT, 2017). De acuerdo al informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) 2017-2018, las personas que solicitaron tratamiento en Centros no gubernamentales, se acercaron principalmente de manera voluntaria y en segundo lugar al ser llevados por amigos o familiares, mostrando un aumento del año 2017 al 2018, de 0.5% a 9.5% (SISVEA, 2017).

Consumo de sustancias y adicción

La adicción en general puede referirse como a la dependencia fisiológica y psicológica de una conducta o sustancia. Dentro de las adicciones conductuales se engloban el sexo, juego patológico, o uso obsesivo de Internet, por mencionar algunas, mientras las adicciones por consumo involucran diversas sustancias como pueden ser alcohol o drogas. Ambos tipos de adicciones suelen tener etiologías, pronósticos y procedimientos de tratamiento similares (Baker, 2014).

Al tratar específicamente el tema de consumo de sustancias psicoactivas, la Organización Mundial de la Salud se refiere a una adicción como el consumo repetido de una o varias sustancias, hasta lograr la intoxicación ya sea periódicamente o de forma continua, se presenta un deseo compulsivo, dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio (OMS, 1994).

Es necesario abordar que el consumo de sustancias puede afectar la vida de las personas biológica, psicológica y socialmente, y para ello es pertinente conocer el sustrato de cada una de estas áreas y analizar cómo convergen entre sí. En el ámbito de la psicofarmacología podemos referirnos a las sustancias psicoactivas como estímulos reforzadores que funcionan en el Sistema Nervioso Central. Diversas áreas cerebrales, específicamente el Núcleo Accumbens y el Área

Tegmental Ventral (relacionadas como el sistema de recompensa), tienen una implicación en el valor de los reforzadores.

El procesamiento de recompensas conlleva una serie de modulaciones neuronales en las que se ven involucrados diversos neurotransmisores y, que hacen posible que se puedan identificar dichas recompensas como elementos placenteros o de desagrado. Esta serie de conexiones neuronales es mejor conocida como Sistema de Recompensa. Reuter et al. (2005), puntualizan que el sistema de recompensa puede subdividirse en numerosos aspectos anatómicos, bioquímicos y de comportamiento. Está involucrado desde en instintos básicos como comer y la sexualidad hasta aspectos sociales altamente complejos.

La adicción a sustancias psicoactivas desde un modelo salud-enfermedad puede considerarse un trastorno cerebral porque genera cambios funcionales en los circuitos del cerebro que participan en la recompensa, el estrés y el autocontrol, los cuales pueden persistir aún tiempo después de que la persona haya dejado de consumir sustancias (NIDA, 2020). La adicción afecta directamente al organismo, sin embargo, también implica otro tipo de afectaciones en ámbitos sociales, económicos, de salud mental, por mencionar algunas, iniciando por la persona que lleva a cabo esta conducta mal adaptativa y que termina repercutiendo en el sector de Salud Pública, es por ello, que desde una perspectiva tradicional si se considera a la adicción como una enfermedad, se tendrían que desarrollar medidas necesarias para prevenirla así como implementar tratamientos eficaces que pueden hacerle frente.

El enfoque de salud-enfermedad de la OMS (1994) contempla el tratamiento ante consumo de sustancias como el proceso que comienza cuando una persona que consume sustancias psicoactivas acude con un profesional de la salud u otra organización comunitaria que, a través de una intervención, logra que ella alcance el mayor nivel de bienestar y salud posible. También, de

acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 028 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (2009), en México, un tratamiento implica una serie de estrategias, programas y acciones que pretenden conseguir la abstinencia o la reducción del consumo de las sustancias, así como reducir los riesgos y daños que implican, tanto para la persona que usa, abusa o depende de las sustancias, como para la afectación de familiares.

En general, los tratamientos para las personas que consumen sustancias se pueden clasificar, de acuerdo a sus características de varias opciones. En primer lugar, pueden tratarse de tratamientos de tipo residencial, cuando se involucra una intervención en la que se interna a la persona; o de tipo ambulatorio, cuando el servicio es de corta duración y no involucra permanecer más de un día en el lugar de tratamiento. En el caso de este último, las intervenciones más empleadas son las llamadas intervenciones breves, las cuales resultan de mayor interés en el presente trabajo.

Para identificar el tipo de tratamiento que se adecua a cada caso, es necesario tener claro el tipo de consumo de sustancias y el nivel de prevención en que se encuentra enmarcada. Cuando se trata de una población en que no se ha dado el consumo o que el mismo es experimental, la prevención universal es la más adecuada ya que está dirigida a la población en general y se pretende promocionar la salud para educar y orientar acerca de la problemática del consumo de sustancias. La prevención selectiva se centra en grupos de riesgo particulares que se asocian al consumo de sustancias al identificar factores biológicos, psicológicos y ambientales, mientras que la prevención indicada se centra en grupos con sospecha de consumo o que exhiben dichos factores en un riesgo alto incrementando la posibilidad de desarrollar una futura dependencia (Arango et al., 2018).

En 2017, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) hizo mención sobre que una vez definido el tipo de prevención se puede señalar el tipo de atención pertinente. El consejo breve es una estrategia de intervención sistemática de una sola sesión en la que se implementan técnicas que favorecen el cambio conductual y que puede ser empleada en cualquier nivel de prevención, universal, selectiva e indicada (O'Donnell et al., 2021). Las técnicas consisten en brindar información sobre los efectos del consumo de sustancias a corto y largo plazo, analizar los factores de riesgo y protección. En el siguiente eslabón se encuentran las intervenciones breves caracterizadas por una mayor duración (no más de 10 sesiones), e incluyen una evaluación más amplia del patrón del consumo, un análisis funcional y existe un mayor acompañamiento por parte del profesional de la salud a través de los seguimientos. Al último se encuentra el tratamiento breve, que es el proceso que comienza cuando las personas que consumen sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede abarcar la desintoxicación, la terapia de sustitución y mantenimiento y terapias psicosociales.

Intervenciones breves para el tratamiento del consumo de sustancias

Hablando específicamente y más detalladamente de una intervención breve en el consumo de sustancias, puede referirse a ésta como una estrategia terapéutica en la cual se ofrece un tratamiento sistematizado de corta duración y cuyo fin es promover la abstinencia o reducción del consumo de una sustancia psicoactiva y con ello resolver diferentes aspectos de la vida de las personas en atención (OMS, 1994).

Las intervenciones breves tienen un corte cognitivo-conductual, son las estrategias más rigurosamente estudiadas y definidas para trastornos por uso de sustancias. Se ha mostrado efectividad en personas que consumen diferentes sustancias como alcohol, marihuana, cocaína,

tabaco, inhalables, estimulantes y opiáceos y están desarrolladas a partir de las teorías y principios del comportamiento humano (Bray et al., 2017).

En el tratamiento para adicciones, una de las metas a conseguir con las personas atendidas es motivarlos a buscar un cambio en su patrón de consumo, a través del traslado de estadios que pueden iniciar en la precontemplación en donde el individuo percibe que el consumo de sustancias no le está afectando su vida y dirigirse hacia la contemplación, determinación, acción y mantenimiento del cambio en la vida de la persona que logra estar sin consumo o que presenta consumo de bajo riesgo (Prochaska & DiClemente, 1986).

Alrededor de 1980, surgió un nuevo estilo de entrevista con personas que consumían sustancias psicoactivas que se encontraban ambivalentes ante el cambio, denominada entrevista motivacional (Miller, 1983). Desde este enfoque la interacción entre la persona y el profesional es crítica para cambiar su ambivalencia a la modificación de su conducta. La manera en la que el profesional guía a la persona puede aumentar o disminuir su motivación al cambio. Entre las intervenciones breves en adicciones que adoptan a la entrevista motivacional, se emplean estrategias motivacionales para movilizar a la persona con sus propios recursos. Este tipo de entrevista tiene como objetivo generar conciencia sobre los problemas asociados al abuso de sustancias y las razones de cambio para la persona, en lugar de confrontarla directamente con la necesidad de un cambio.

Existen diversos programas utilizados para el tratamiento de consumo de sustancias, pero dentro de ellos se comparten elementos comunes que resultan indispensables para alcanzar la mayor probabilidad de éxito en el tratamiento, entre ellos se encuentran principalmente el análisis funcional de la conducta de consumo, muestra de abstinencia, rehusarse al consumo, y prevención de recaídas (Barragán-Torres et al., 2009; Meyers et al., 2002).

Otro componente importante que se ha integrado en las intervenciones breves es el manejo del antojo o deseo por consumir sustancias. Debido a que el deseo está asociado con las recaídas y puede incomodar a las personas que buscan evitar el consumo, es importante manejar dicho antojo al impartir las intervenciones proporcionando información sobre el fenómeno, cuestionar creencias distorsionadas existentes, y enseñar nuevas habilidades de enfrentamiento (West, 2006).

El análisis funcional tiene un peso particular al ser el primero de estos. Puede servir de apoyo a la persona en atención para identificar y prevenir posibles situaciones de riesgo, así como ir consolidando la adherencia terapéutica. La terapia cognitivo conductual (TCC) ayuda a las personas a identificar los patrones asociados con la perpetuación y mantenimiento del uso de sustancias y a implementar diferentes estrategias para un enfrentamiento más efectivo. La aplicación del análisis funcional es indispensable para lograr esta meta, ya que permite a las personas y a los profesionales de la salud evaluar las determinantes individuales de la conducta de consumo (Barragán et al., 2006; West, 2006). El análisis funcional permite evaluar el contexto de consumo, cuáles son los estímulos predictores de consumo, el papel que tiene la sustancia psicoactiva para efectuar reforzamiento positivo o negativo, que a su vez va ligado con las consecuencias positivas o negativas existentes en el consumo, incrementando la probabilidad de que el consumo se repita, o que se dé o no la búsqueda de tratamiento. Este proceso resulta relevante en el ámbito clínico ya que, a partir de él, es posible desarrollar un plan de tratamiento que busque modificar las contingencias involucradas en el mantenimiento del consumo de sustancias (Reichert et al., 2021).

Aunado a ello existen competencias que los profesionales de la salud deben adoptar como parte de su formación y trasladarlas hacia la atención clínica. Roe (2002) propone el desarrollo de un modelo de arquitectura de competencias que pueda servir como una herramienta para construir

un perfil completo del psicólogo, es decir, una lista de competencias, subcompetencias, conocimientos, habilidades, actitudes, rasgos de personalidad y otras características que son esenciales para desempeñar su trabajo. Cada uno de estos elementos debe describirse en términos de contenido y de nivel para lograr su adquisición. En México para el entrenamiento y la evaluación de habilidades terapéuticas, se ha adoptado un modelo conocido como IDEAS (Martínez et al., 2007) en el que se observa el desarrollo de diferentes habilidades necesarias en la intervención y el consejo breve: Indaga (identificar nivel de abuso o dependencia del consumo); dialoga (informar acerca del nivel de consumo y las consecuencias obtenidas con este); establece metas (establece una meta de abstinencia o reducción de consumo para prevenir consecuencias); acompaña (identificar el grado de satisfacción de la persona atendida con la atención recibida); seguimiento (identificar si existen cambios en el consumo o derivar a otro tipo de atención); adicional a esas habilidades se añadieron 2 actitudes de retroalimentación (se analiza la autoeficacia de la persona, y se identifica el contexto para un plan de acción, así como identifica los obstáculos posibles), y comunicación (resolver dudas y proporcionar información), dando lugar al acrónimo IDEARSe.

Morales et al. (2013), evaluaron estas habilidades de consejo breve en profesionales y no profesionales de la salud, en situaciones simuladas de interacción terapeuta-persona atendida, con diferentes modalidades: entrenamiento con material, entrenamiento sin material, con material sin entrenamiento y sin entrenamiento, sin material. Se empleó una lista cotejable de 28 habilidades y tres niveles de respuesta (no muestra la habilidad, en proceso o la domina), a través de un sistema de observación directa. Dicho entrenamiento consistió en exposición de información, modelamiento, ensayos conductuales y retroalimentación de cada habilidad. El material correspondiente consistía de un Manual. La situación simulada de evaluación consistió en un

ensayo conductual en el que se presentaban diez estímulos con base en un guion estandarizado que el evaluador iba desarrollando (conductas de entrevista motivacional; resistencia, sin resistencia, confrontación, desesperanza, auto-descalificación). Los resultados de este estudio mostraron que las habilidades generales adquiridas por los integrantes de cada subgrupo y los promedios de calificación fueron mayores para los profesionales de la salud en cualquiera de las condiciones, cuando recibieron entrenamiento y el material (9.5), sólo el entrenamiento (9.65) y sólo el material (9.5), en comparación a los promedios de los participantes que no eran profesionales, 7.86, 7.07 y 5.82, respectivamente.

Por otra parte, es importante que el terapeuta logre desarrollar actitudes que favorezcan la adherencia terapéutica y que permitan generar confianza con las personas en atención. Dentro de estas habilidades se encuentran la empatía, actitud en la que se muestra un tono de voz claro y tranquilo, un lenguaje respetuoso en el que se expresa de manera asertiva y coherente la información; y la actitud de comunicación, con la que es posible resolver dudas, se evita alguna confrontación y el realizar juicios de valor ante la información proporcionada (Ortíz, 2019).

Implementación de las Intervenciones Breves en Adicciones

En México, de las personas que han recibido tratamiento por consumo de alcohol, el 35.1% recibió un tratamiento completo con un profesional de la salud, mientras que el 43.1% lo recibió de manera parcial, es decir, se trata de una situación en la que la persona atendida no necesariamente sigue el tratamiento o no lo completó de acuerdo al número de sesiones o su duración, de manera adecuada (ENCODAT, 2017), y estos datos son relevantes ya que pueden significar la necesidad de analizar el funcionamiento de las intervenciones recibidas y las oportunidades de mejora que pueden tener.

Actualmente, existen diversos programas y manuales estructurados basados en evidencia que permiten al profesional de la salud dirigir intervenciones breves en el ámbito de adicciones de manera planeada (Echeverría et al., 2004; Lira-Mandujano et al., 2009; Medina et al., 2012; Oropeza et al., 2012), sin embargo, muchas veces dentro de estos manuales se especifica el perfil recomendado de la persona en atención para que resulte con éxito el tratamiento, y este perfil pocas veces coincide con aquellas personas que requieren la intervención en la práctica cotidiana, es por ello que los profesionales de la salud han tenido que personalizar las características de estos tratamientos fijos para proporcionar una intervención adecuada (CICAD, 2017).

Los profesionales de la salud que se encargan de administrar intervenciones breves han identificado algunas barreras para poder implementarlas de manera adecuada. Particularmente, sobre los protocolos cognitivo-conductuales reportan que tardan un tiempo considerable en aprenderse, que los manuales de intervención son muy rígidos y que no son fáciles de implementar en sus lugares de trabajo, ante contextos diversos y particulares (Baumann et al., 2006).

Recientemente, se ha popularizado la implementación de intervenciones adaptativas, las cuales son aquellos tratamientos que especifican cómo, cuándo y en base a qué medidas es posible alterar la dosis, el tipo o la administración de los componentes de la intervención con la finalidad de proporcionar a la persona en atención un tratamiento mejor adaptado a sus necesidades (Hall et al., 2019).

En un estudio llevado a cabo en México por Martínez et al. (2018), con el objetivo de detectar facilitadores, barreras y adaptaciones para la adopción de las intervenciones breves en profesionales de la salud se encontró que el 70.8% de los profesionales de la salud reportan barreras para la transferencia de los programas de intervención breve. Se identificó que, respecto a la implementación, como principales barreras se reportan el tiempo o la dificultad de la evaluación

de la persona atendida (55%) y la dificultad de las tareas (54%). Con respecto a la capacitación, la principal barrera se relacionó con no recibir suficiente capacitación (48%). En cuanto a recursos materiales, los participantes reportaron la disponibilidad del material en el Centro de trabajo como el principal obstáculo (54%). En el área de los recursos humanos, la dificultad para adherirse a los procedimientos de atención fue la barrera más frecuentemente reportada (31%). En la barrera relacionada con la utilidad de los manuales, se reportó la pertinencia de los mismos como el principal obstáculo (45%). Al respecto, sobre las adaptaciones más frecuentes, el 25% de los profesionales de la salud reportaron hacer adaptaciones en el número de las sesiones de intervención, es decir, ajustar la dosis administrada, el 19% realizó cambios en la duración de cada sesión, el 18% modificó los materiales y el 15.6% cambió el orden de administración de las sesiones.

El seguimiento estructurado que proporcionan los manuales y programas de intervenciones breves en adicciones es importante para acercarse al éxito del tratamiento, sin embargo, es necesario reconocer las limitantes que manifiestan los profesionales de la salud y las razones por las que se inclinan a hacer variaciones en éstos, aun así, cuando se decida por una intervención adaptativa se debe comprender que también debe seguirse un método sistematizado de toma de decisiones para evitar variables confusas dentro de la efectividad de los tratamientos, reconocer las fallas de los programas originales y maximizar la efectividad de las intervenciones (Collins et al., 2004).

La importancia de mantener un monitoreo del trabajo clínico de los profesionales de la salud permite identificar las limitantes de las intervenciones fijas, así como evitar que se den cambios deliberados en las intervenciones adaptativas sin una estructura metodológica y conceptual, además sin importar si es fija o adaptativa, dentro de las intervenciones breves,

específicamente en adicciones, la formación de las competencias de los profesionales de la salud deben compartir elementos básicos que deben evaluarse.

Formación y Competencias del Profesional de la Salud

Para que un profesional de la salud sea capaz de trasladar los principios básicos en los que se fundamentan las intervenciones a la aplicación correcta de estrategias dirigidas al cambio conductual en las personas atendidas, se debe recibir un entrenamiento adecuado (Carroll & Rounsaville, 2007; Miller et al., 2005). Con la intención de entrenar las competencias de los psicoterapeutas, se han desarrollado diferentes estrategias de enseñanza que se pueden clasificar en métodos de aprendizaje pasivo y activo (Beidas & Kendall, 2010). Los métodos de capacitación pasiva incluyen el aprendizaje de manuales de tratamiento y materiales escritos, talleres de educación continua, que en gran medida aportan conocimiento, pero no cambios significativos en la actitud, la aplicación del conocimiento o las habilidades clínicas evaluadas a través de la observación del comportamiento. El aprendizaje activo, está compuesto por métodos interactivos que se emplean para desarrollar habilidades dentro de un contexto clínico, como pueden ser el entrenamiento en juego de roles (Kok et al., 2018), o por situaciones simuladas (Saadi et al., 2021), aprendizaje basado en internet (Londt & Moldenhauer, 2018), así como participación en casos de capacitación supervisados (Herschell et al., 2010), que promueven el aprendizaje a través de modelado, oportunidades de práctica, retroalimentación e interacción entre los terapeutas.

Dicho entrenamiento, a pesar de ser necesario, no es suficiente. Al hablar de formación y competencias en el profesional de la salud mental, es importante considerar implementar de manera paulatina dentro de las intervenciones, una supervisión de su desempeño en el ámbito clínico. La supervisión terapéutica se trata de una relación negociada entre profesionales con el fin de apoyar, evaluar y desarrollar la práctica profesional, y está diseñada para ofrecer apoyo de

múltiples niveles en un ambiente de integridad y apertura con el fin de mejorar las habilidades y competencias, maximizar la efectividad de las intervenciones terapéuticas, informar decisiones éticas y facilitar la comprensión del uso de herramientas (Sociedad Británica de Psicología, 2005).

En una revisión sistemática reciente, con la intención de conocer los efectos que tiene la supervisión clínica en terapeutas y pacientes en TCC, Alfonsen et al. (2018), identificaron que la supervisión clínica puede aumentar la competencia terapéutica entre terapeutas, en comparación con los terapeutas que recibieron capacitación, pero no supervisión. Si bien en los estudios recopilados existen limitaciones, también se muestra que es posible realizar estudios sobre la supervisión clínica y que ésta tiene un efecto potencial en la competencia de los terapeutas en formación. En cuanto al efecto de la supervisión en las personas atendidas hay poca evidencia de que la supervisión afecte los resultados de éstas y se requieren más estudios estructurados para analizar este efecto.

La retroalimentación y la reflexión que proporciona la supervisión se consideran esenciales para que los terapeutas en formación adquieran y desarrollen habilidades, y que ocurriría en menor medida sólo a través de la exposición al trabajo clínico (Bernard & Goodyear, 2019). Al momento de buscar supervisar el entrenamiento de las diferentes competencias de los profesionales de la salud que se interesan en adoptar una formación clínica para la atención de consumo de sustancias, se han desarrollado estrategias de evaluación que permiten a los supervisores apreciar el desarrollo de esta evolución en los profesionales, entre ellas se encuentran las evaluaciones de habilidades y aptitudes a través de situaciones simuladas y situaciones reales.

La simulación en el cuidado de la salud puede definirse de manera general como una herramienta, dispositivo y/o escenario que replica un aspecto de la atención clínica (Lamé & Dixon-Woods, 2020). Una situación simulada, es la aplicación de un guion estandarizado donde

se controlan ciertos estímulos que se le exponen al participante y permiten generar una muestra adecuada de la conducta a observar (Lane et al., 2008). Los escenarios deben anticiparse durante el diseño de las situaciones y usarse con cuidado durante su conducción para maximizar el aprendizaje de los participantes. Además, permiten crear y utilizar oportunidades de aprendizaje relevantes que pueden funcionar devolviendo a los participantes al escenario planificado o adaptando la conducción a sus acciones sobre la marcha (Dieckmann et al., 2010).

Las situaciones simuladas han mostrado ventajas sobre otro tipo de metodologías de aprendizaje y evaluación, y es importante hacer una distinción con algunas de ellas que parecen similares. En comparación, la enseñanza didáctica y el juego de roles se utilizan en gran medida dentro de la educación y la formación, sin embargo, el aprendizaje puede verse limitado por la familiaridad con estos enfoques y la distancia de los escenarios en el lugar de trabajo. Las situaciones simuladas tienen la ventaja de que proporcionan una experiencia práctica que reproduce fielmente el escenario en cuestión, facilitando la traslación del aprendizaje y la aplicación de habilidades en el entorno real (Saadi et al., 2021). Además, las situaciones simuladas, a diferencia de consejería o juegos de roles, permiten que las habilidades desarrolladas durante el entrenamiento logren ponerse en práctica, ser evaluadas y obtener una retroalimentación de su desempeño en un escenario simulado estandarizado (Félix et al., 2021; Pheister et al., 2017). Dentro del marco de adicciones, las situaciones simuladas han sido empleadas y servido de apoyo para la evaluación y supervisión de profesionales de la salud (Bennett et al., 2007; Morales et al., 2013; Wilson et al., 2002).

Al ser estandarizadas, las situaciones simuladas permiten realizar comparaciones entre diferentes personas evaluadas. Al trasladar las actitudes y habilidades que los profesionales de la salud han aprendido durante el entrenamiento y practicado a través de situaciones simuladas, es

importante que la evaluación, monitoreo y supervisión continúe existiendo dentro de la atención de casos reales, escenarios en que los pacientes presentan una enorme variación en la presentación de los síntomas y el comportamiento en el ámbito clínico (Das et al., 2021).

Como ya se había mencionado anteriormente, uno de los componentes con más peso dentro de las intervenciones breves con enfoque cognitivo-conductual es el desarrollo adecuado del análisis funcional, y que se ha estudiado en gran medida a través de situaciones simuladas (Iwata et al., 2000; Moore & Fisher, 2007), por lo que la evaluación de cómo se desarrolla este componente resulta ideal en este estudio, tanto en situaciones simuladas como reales.

Además de las formas en que se evalúan a los profesionales de la salud, es importante contemplar la manera más adecuada de que se lleve la capacitación de su entrenamiento y supervisión. Se han observado diferencias entre las modalidades de enseñanza de competencias a profesionales de la salud. Aquí es importante diferenciar entre el tipo de conocimiento enseñado, de acuerdo con Bennett-Levy et al., (2009), el conocimiento puede ser de tipo declarativo (hechos, información), adquirido a través de lecturas, conferencias y modelos; y conocimiento de las habilidades procedimentales (habilidades en acción), que se puede obtener a través de juegos de roles, en la supervisión o incluso con las situaciones simuladas mencionadas anteriormente y que han demostrado eficacia dentro de la capacitación (Westbrook et al., 2008).

Las estrategias de entrenamiento clínico estándar, que consisten en talleres de varios días seguidos de trabajo clínico supervisado, son relativamente caras y requieren mucho tiempo y por lo tanto pueden ser de viabilidad limitada en la formación de un gran número de profesionales. Los enfoques de entrenamiento a distancia pueden ofrecer un método más práctico y menos costoso para la formación de un mayor número de profesionales que atienden el uso de sustancias, y que es factible a través de estrategias estándar de formación cara a cara. La capacitación en línea

representa un enfoque prometedor y rentable para capacitar a profesionales en salud mental, y puede ser particularmente atractivo para aquellos que viven en comunidades regionales, rurales y remotas (Bennett-Levy et al., 2012).

El entrenamiento en línea ha demostrado ser eficaz en varias áreas de atención de la salud (Hulsman et al., 2002; Todd et al., 1998). Morales et al. (2019) evaluaron el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes de profesionales de la salud en intervenciones breves en adicciones, en diferentes modalidades de capacitación: presencial, mixta y remota. El entrenamiento se asoció con la adquisición de los conocimientos sobre los conceptos básicos de adicciones, los mecanismos motivacionales del cambio y técnicas de intervención breve para atender a personas que consumen sustancias. Se observó que los materiales diseñados, la estrategia pedagógica, la programación de recursos didácticos e integración de los mismos, en la plataforma electrónica Moodle, resultaron en un paquete de herramientas tecnológicas a través de las cuales se logró el incremento de conocimientos, habilidades y actitudes en las tres modalidades, pero principalmente en la modalidad remota.

Ya hace más de una década que el aprendizaje en línea se ha convertido en uno de los desarrollos de más rápido crecimiento en la educación y capacitación profesional (Means et al., 2009), y que actualmente ha crecido exponencialmente derivado de la pandemia por COVID-19, al ser necesario impartir tratamientos psicológicos de manera remota utilizando una variedad de plataformas de videollamadas (MacMullin et al., 2020; Murphy et al., 2020). Las adaptaciones realizadas a partir de la pandemia por COVID-19 que permiten el acceso a servicios de prevención del consumo de sustancias, así como tratamientos, atención y rehabilitación de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias ofrecen grandes posibilidades para aumentar la accesibilidad y la cobertura de los servicios si se mantienen después de la pandemia (IMD, 2021).

Dentro del entrenamiento en forma remota debe existir esencial cuidado en la evaluación de competencias y supervisión del mismo. En un estudio realizado por Bennett-Levy et al. (2012), se puede esclarecer la importancia de estas variables. Se comparó un grupo de aprendizaje independiente con un grupo de apoyo que recibió 15 minutos de apoyo del supervisor cada 2 semanas (90 minutos en total), ambos grupos con entrenamiento en línea. La capacitación en línea se asoció con mejoras significativas en el rendimiento. El grupo independiente y el grupo de entrenamiento con apoyo presentaron mejoras significativas en el conocimiento de la TCC, en habilidades, la confianza reportada y la utilización de la TCC después del programa y a las 4 semanas de seguimiento. Existieron diferencias significativas entre el grupo independiente y el grupo de capacitación con supervisión en las tasas de finalización del programa. Mientras que una cuarta parte del grupo independiente no pudo completar el programa, solo el 4% del grupo de capacitación con supervisión no pudo completarlo.

Además, la terapia a distancia también ofrece ventajas para las personas en atención, ya que puede ser conveniente, causar menos interrupciones en la vida y puede ser menos costoso. Ocurre en el mismo lugar donde los pacientes pasan su tiempo, y facilita mayor número de sesiones cuando esto se requiera. A pesar de estas ventajas, las terapias en modalidad a distancia requieren más investigación respecto a su evaluación como una estrategia para capacitar a los profesionales, por lo que uno de los intereses de este estudio es utilizar una modalidad remota y evaluar la formación de competencias obtenidas por profesionales de la salud que atienden a personas que consumen sustancias psicoactivas.

A partir de todo lo que se ha postulado en la literatura mencionada, parece hacer falta aún el monitoreo de la capacitación remota y desempeño del profesional en la impartición del servicio psicológico para atención del comportamiento adictivo en diferentes etapas de su formación. El

interés del presente trabajo fue monitorear y supervisar la adquisición de competencias en profesionales de la salud durante un entrenamiento remoto en intervenciones breves para la atención del consumo de sustancias psicoactivas, así como la evaluación de habilidades y actitudes que desarrollan a lo largo de éste a través de situaciones simuladas y reales.

MÉTODO

Participantes

Se monitoreó a una muestra de profesionales de la salud mental que formaban parte de un posgrado en psicología de las adicciones en una universidad pública de México, en el que recibían entrenamiento teórico y práctico en intervenciones breves para el consumo de sustancias en modalidad remota. Participaron 11 profesionales con licenciatura en Psicología, 36.36% de sexo femenino y 63.64% sexo masculino, con una edad de 30.55 ± 6.77 (Media \pm S) años.

Instrumentos

Guion de Situación Simulada (Anexo 1)

Por medio de la implementación de un guion estandarizado se dirigió la sesión de una situación simulada que permite exponer el caso de una persona que presenta abuso de alcohol. El guion se divide en tres secciones: estímulos, preguntas del terapeuta y respuestas del aplicador. La primera sección está compuesta por una serie categorías en las que se presentan estímulos a lo largo de la situación simulada: disparadores internos y externos de consumo, descripción operacional de la conducta de consumo, consecuencias positivas y negativas inmediatas de la conducta de consumo, consecuencias positivas y negativas a largo plazo de la conducta de consumo, programar estímulos externos para la abstinencia, programar conductas alternativas al consumo, establecer consecuencias positivas inmediatas y a largo plazo a las conductas alternativas al consumo y programar otras conductas alternativas para enfrentar obstáculos.

En la siguiente sección se presentan un conjunto de posibles preguntas que el terapeuta evaluado podría hacer para indagar sobre los estímulos correspondientes, de esta forma será posible desarrollar la situación simulada de manera sistemática.

En la sección final se encuentran las respuestas que dará el aplicador ante las preguntas que hará el participante para cada estímulo, de tal modo que permita al aplicador estar preparado para llevar a cabo la situación simulada con naturalidad y estructuración.

Lista Cotejable de habilidades y actitudes del profesional de la salud (Anexo 2)

Esta lista cotejable permite evaluar si el profesional de la salud presenta las habilidades y actitudes terapéuticas necesarias en la implementación de intervenciones breves para el consumo de sustancias. Está compuesta por 29 reactivos relacionados con habilidades y 10 reactivos de actitudes terapéuticas que correspondían a los componentes del acrónimo IDEARSe: Indaga (en dos reactivos se indaga acerca del patrón de consumo), dialoga (en cuatro reactivos se analizan las ventajas del consumo), establece metas (siete reactivos en los que se evalúa si se guía a la persona a una meta de reducción o abstinencia del consumo, así como el asistir a tratamiento), acompaña (siete reactivos en los que se evalúa el modelamiento de la conducta/habilidad implicada en el plan de acción), retroalimenta (seis reactivos para realizar escucha reflexiva), seguimiento (cuatro reactivos en los que se recomienda a un profesional de la salud especializado o se programa una sesión subsecuente) y, comunicación (cinco reactivos en los que se aclaran información y se respeta la decisión de la persona a realizar el cambio sin juicios de valor o uso de palabras altisonantes).

Se reporta un alfa de Cronbach de 0.93 para las habilidades y un alfa de Cronbach de 0.78 para las actitudes. Este instrumento incluye una rúbrica de calificación de forma dicotómica, asignando un 1 si se presentaba habilidad o actitud para cada estímulo, y un 0 si no se presentaba.

Lista Cotejable del nivel de implementación de los principios básicos por el terapeuta (Anexo 3)

Este instrumento permite evaluar los principios básicos implementados dentro del análisis funcional. Está compuesta por dos secciones en las que se distribuyen 13 categorías de principios básicos.

La primera sección está integrada por estímulos relacionados a la conducta problemática:

1) Disparadores externos de la conducta: Se obtiene información de situaciones, personas, lugares y días en que se precipita la conducta.

2) Disparadores internos de la conducta: Se obtiene información de sensaciones físicas, pensamientos y emociones que precipitan la conducta.

3) Descripción operacional de la conducta: Se obtiene información acerca de la conducta en cuestión que la persona realiza, la magnitud y duración de esta.

4) Consecuencias positivas inmediatas de la conducta: Se indaga sobre las consecuencias positivas que se experimentan posterior a la conducta.

5) Consecuencias negativas inmediatas de la conducta: Se indaga sobre las consecuencias negativas que se experimentan posterior a la conducta (en las áreas familiar, de salud, laboral o escolar, legal y económica).

6) Consecuencias positivas a largo plazo de la conducta: Se indaga respecto a las consecuencias positivas de la conducta que la persona atendida identifica a largo plazo.

7) Consecuencias negativas a largo plazo de la conducta: Se indaga respecto a las consecuencias negativas de la conducta que la persona atendida identifica a largo plazo (en las áreas familiar, de salud, laboral o escolar, legal y económica).

La siguiente sección está compuesta por categorías relacionadas a la resolución de la conducta problema:

8) Programa estímulos externos: Se investigan situaciones, personas, lugares y días que la persona atendida debe contemplar para acercarse a su meta de evitar llevarla a cabo la conducta problema.

9) Programa estímulos internos: Se investigan aquellas sensaciones físicas, pensamientos y emociones que pueden promover el alejarse de la conducta problema en situaciones de riesgo.

10) Programa conductas alternativas: Se realizan planes de acción de las conductas alternativas a la conducta problema (cuándo, cómo, con quién y dónde se realizarán las conductas establecidas).

11) Programa conductas para enfrentar obstáculos: Se plantean alternativas y estrategias que logren evitar barreras probables que interrumpan las conductas alternativas y evitar la conducta problema.

12) Establece consecuencias positivas inmediatas a las conductas alternativas: Se mencionan las ventajas inmediatas que se obtendrán al realizar las conductas alternativas.

13) Establece consecuencias positivas a largo plazo a las conductas alternativas: Se mencionan las ventajas a largo plazo que se obtendrán al realizar las conductas alternativas.

La rúbrica de evaluación de este instrumento era de forma ordinal y estaba dada por 4 niveles de dominio en cada categoría, donde en el nivel más bajo el participante “No realiza” los estímulos de cada categoría, es decir, durante la sesión no se investiga alguna de las trece categorías; en el siguiente nivel el participante “Indaga” los estímulos de cada categoría, es decir, el terapeuta realiza preguntas para obtener información referente a la categoría en cuestión; seguido de “Retroalimenta” los estímulos indagados en las categorías dadas, es decir, el

participante indaga y además parafrasea la información obtenida, la resume, aclara o resalta; y, en el nivel superior de dominio, el participante “Analiza” el estímulo correspondiente de cada categoría, es decir, se indaga, retroalimenta y se analiza la relación funcional que existe entre la conducta problema y los estímulos de la categoría en cuestión.

Procedimiento

Se llevó a cabo un estudio de diseño cuasiexperimental de corte longitudinal y de series de tiempo interrumpidas que consistía en realizar una serie de evaluaciones a lo largo del entrenamiento, una evaluación inicial, evaluación intermedia y dos evaluaciones al finalizar el entrenamiento.

Entrenamiento

El entrenamiento consistió en la capacitación dentro de un programa de posgrado en psicología de las adicciones en una universidad pública en México, el cual tiene una duración de dos semestres académicos, a través de los cuales los residentes reciben diversos módulos teórico-prácticos que los preparan de manera intensiva en el campo de atención en intervenciones breves ante el consumo de sustancias a través de la asesoría técnica por docentes especializados en el área. Los módulos del plan de estudios fueron impartidos a través de la plataforma Moodle, en la que los participantes podían revisar los materiales de cada asignatura, así como las evaluaciones a lo largo de los 7 días de la semana acorde a la organización de su tiempo, además de ello, se impartieron clases y asesorías de los módulos a través de la plataforma Zoom.

Durante el primer semestre del programa los módulos impartidos fueron: Conceptos Básicos y Entrevista en Adicciones; Principios Básicos del Comportamiento Adictivo; Política y Ética en Adicciones; Modelos de Prevención de adicciones I; Psicoepidemiología y Evaluación en Adicciones I; Seminario de Graduación I; y, Práctica Profesional Supervisada en Escenario I. El

segundo semestre estaba compuesto por los siguientes módulos: Modelos de Prevención en Adicciones II; Psicoepidemiología y Evaluación en Adicciones II; y, Seminario de Graduación II.

A lo largo del entrenamiento fueron evaluadas las capacidades de los participantes por medio de tareas, actividades y exámenes aplicados a través de la plataforma Moodle, y teniendo seguimiento después de las evaluaciones recibiendo una retroalimentación de su desempeño y oportunidades de mejora del mismo.

Práctica Profesional Supervisada en Escenario

A través del módulo de Práctica Profesional Supervisada en Escenario, los participantes llevaban a cabo el servicio para brindar la atención por consumo de sustancias. Inicialmente, durante el primer semestre fungían como co-terapeutas de apoyo de un residente con grado de maestría quien era el responsable, con el fin de conocer el sistema, la forma de atención y recibir un entrenamiento supervisado. Posteriormente, en el segundo semestre, los participantes recibían casos individuales de personas que buscaban atención por el consumo de sustancias.

Al inicio de cada intervención, el participante solicitaba el consentimiento informado de la persona atendida para poder videgrabar o grabar el audio de las sesiones con la finalidad de que pudieran recibir retroalimentación por parte de docentes supervisores del tratamiento.

Situaciones Simuladas

Evaluación Inicial

Una vez que los residentes fueron aceptados al programa de posgrado, se les convocó a una reunión virtual a través de la plataforma Zoom en la que se mencionó el interés de llevar a cabo un estudio destinado a conocer y monitorear el desarrollo de habilidades y actitudes terapéuticas que se irían entrenando a lo largo del programa. Si los residentes estaban de acuerdo

en participar se les notificaba a través de correo electrónico el horario programado para una evaluación inicial.

La evaluación fue dirigida a través de un guion estandarizado que permite exponer el caso de una persona que presenta abuso de alcohol. El guion es presentado por una persona capacitada en la aplicación del guion, denominada *confederado*. Las evaluaciones fueron llevadas a cabo por tres psicólogas que fungieron como confederadas, quienes previamente habían recibido la capacitación pertinente para la aplicación del guion, así como la calificación de la lista de cotejo de las habilidades y actitudes de interés. Todas las sesiones fueron llevadas a cabo y videograbadas a través de la plataforma Zoom.

Al inicio de cada Situación Simulada se le presentó a cada profesional un consentimiento informado para su participación, la confederada mencionaba las indicaciones del desarrollo de la sesión, así como el seguimiento del protocolo de la situación simulada de acuerdo a como se ha efectuado en estudios previos (Morales et al., 2019).

Cada sesión tenía una duración máxima de 45 minutos o podía concluir una vez que todos los estímulos fueran presentados. Al finalizar la situación simulada se terminaba la sesión en la plataforma y posteriormente se procedía a completar el llenado de los componentes establecidos en la Lista Cotejable de habilidades y actitudes del profesional de la salud.

Al finalizar cada evaluación, se le proporcionó retroalimentación al participante sobre su desempeño a través de un correo electrónico personalizado en el que se mencionaban las habilidades y actitudes que domina y las oportunidades de mejora que podría tener.

Segunda Evaluación

Una vez concluido el primer semestre del programa de posgrado, los participantes recibieron una segunda evaluación de sus habilidades y actitudes terapéuticas a través de una

situación simulada. Si los residentes estaban de acuerdo en participar a través de correo electrónico se les notificaba el horario programado de la evaluación.

Las instrucciones y el desarrollo de la situación simulada fueron llevadas a cabo con el mismo protocolo que en la evaluación inicial.

Evaluación final

Una vez concluido el segundo y último semestre del programa de posgrado, los profesionales de la salud, recibieron una evaluación final de sus habilidades y actitudes terapéuticas a través de la situación simulada. Si los residentes estaban de acuerdo en participar a través de correo electrónico se les notificaba el horario programado de la evaluación.

Las instrucciones y el desarrollo de la situación simulada fueron llevadas a cabo con el mismo protocolo que en las evaluaciones previas.

Situación Real

Antes de finalizar su entrenamiento en el programa de posgrado, se les solicitó a los participantes una videograbación de una sesión con una persona que buscaba atención ante el consumo de sustancias (u otra conducta que le generaba alguna problemática dependiendo de si no existía un caso de consumo vigente en atención en ese momento) dado que el interés principal de esta tarea era evaluar las habilidades terapéuticas de los profesionales dentro de la implementación específica del componente de análisis funcional de la conducta en una Situación Real.

Una vez presentes durante la sesión con la persona atendida, el profesional de la salud obtenía el consentimiento informado para la videograbación de la sesión. Las sesiones fueron llevadas a cabo y videograbadas a través de la plataforma Zoom. Al finalizar la sesión, el participante debía mandar la videograbación por correo electrónico para posteriormente proceder

a la evaluación y llenado de las categorías establecidas en la Lista Cotejable del nivel de implementación de los principios básicos por el terapeuta.

Al finalizar la evaluación de las situaciones reales se le proporcionó retroalimentación al participante sobre su desempeño a través de un correo electrónico personalizado en el que se mencionaba el nivel de dominio que tenían respecto a cada categoría y aquellos componentes que debían seguir trabajando.

RESULTADOS

Entrenamiento

Durante el entrenamiento se impartieron diferentes módulos académicos a través de plataforma Moodle, destinados a desarrollar conocimiento teórico-práctico dentro del área de psicología de las adicciones. Particularmente enfocado en el ámbito clínico y para la culminación satisfactoria del programa de posgrado, los participantes debían realizar diversas actividades y evaluaciones englobadas dentro del módulo: *Seminario de graduación*, destinadas al desarrollo de habilidades y estrategias necesarias a implementar en el campo profesional, la detección temprana e intervenciones breves para el consumo de sustancias, la transferencia de dichas intervenciones breves para la prevención de recaídas en adicciones. Las actividades evaluadas comprendían componentes de epidemiología del consumo de sustancias, admisión a programas de intervención dependiendo el tipo de sustancia problema, aplicación de instrumentos de evaluación, reporte del historial de consumo, balance decisional, análisis funcional de la conducta, cuadro de intervención, planes de acción, mantenimiento de la meta elegida, planeación de conductas alternativas y prevención de recaídas y planeación de seguimiento. Los participantes realizaron el 95.38% de las actividades destinadas, obteniendo una mediana de 9.08 de calificación. Los resultados del

participante TEP6 no fueron considerados debido a que abandonó su participación en el programa al finalizar el primer semestre.

Situaciones Simuladas

Se calculó el porcentaje de implementación de las habilidades y actitudes IDEARSe en los profesionales de la salud durante tres evaluaciones de situaciones simuladas a lo largo de su entrenamiento. Los resultados del participante TEP6 no fueron considerados debido a que abandonó su participación en el programa al finalizar el primer semestre, por lo que se desearon sus resultados de la evaluación inicial.

En la Figura 1 se muestra únicamente el promedio del porcentaje de implementación obtenido por todos los participantes en las tres evaluaciones para cada habilidad y actitud, con la finalidad de observar el desarrollo de las diferentes áreas de implementación a lo largo del entrenamiento. Los resultados muestran que hubo un incremento gradual en el porcentaje de implementación grupal a lo largo de las tres evaluaciones, teniendo una media de $80.06\% \pm 6.55$ (Media \pm DE) en la evaluación inicial, $85.30\% \pm 4.99$ en la segunda evaluación, y $87.81\% \pm 6.00$ en la evaluación final.

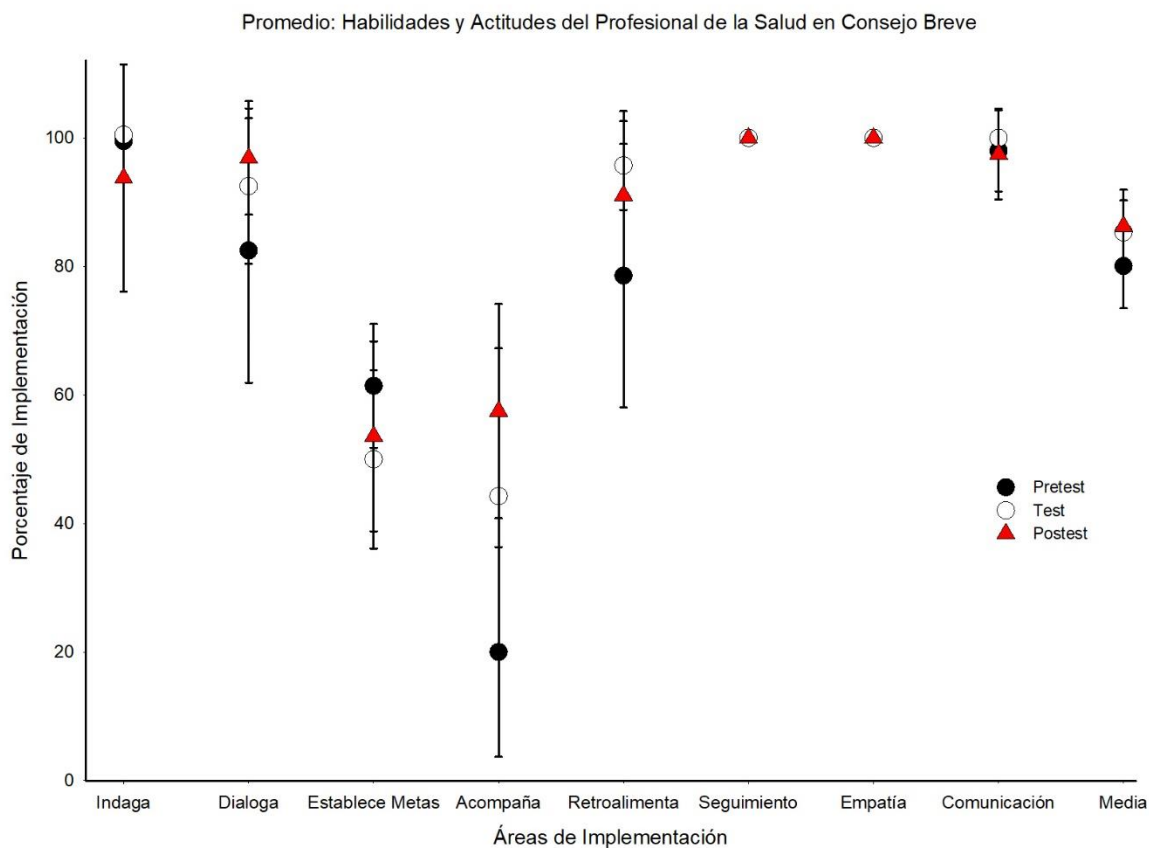


Figura 1 – Promedio de la implementación de habilidades y actitudes durante las tres evaluaciones de situaciones simuladas de todos los participantes. Las barras representan el error estándar con respecto a la media.

En la figura 2 se muestra el promedio del porcentaje de implementación de las habilidades y actitudes obtenido por cada participante durante las situaciones simuladas.

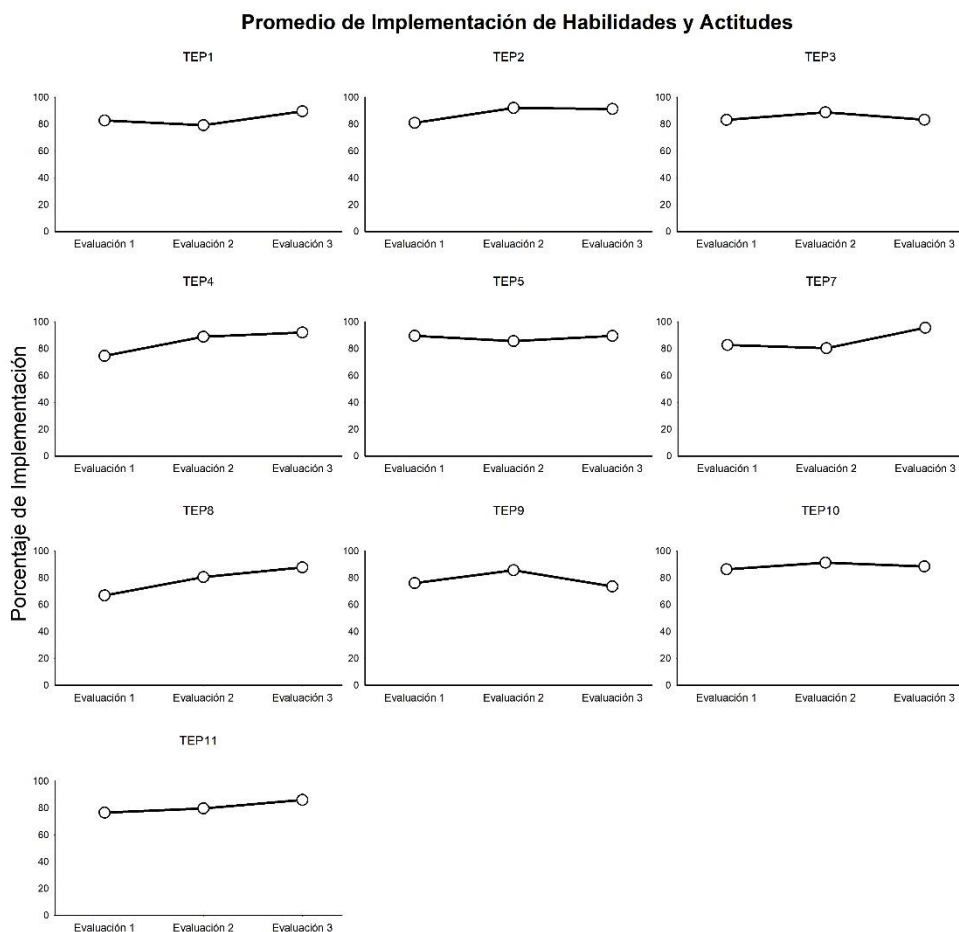


Figura 2 – Promedio de la implementación de habilidades y actitudes durante las tres evaluaciones de situaciones simuladas para cada participante.

Con la finalidad de conocer si existen diferencias en el nivel de implementación de las habilidades y actitudes a lo largo de las tres evaluaciones se llevó a cabo un análisis de varianza de medidas repetidas de los porcentajes obtenidos en las tres evaluaciones. El análisis determinó que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las tres evaluaciones, $F(2,14) = 1.73, p = 0.212$.

Habilidades y actitudes

En las figuras 3 a 11 se muestra el porcentaje de implementación obtenido por los participantes en cada una de las habilidades y actitudes.

Indaga

En esta habilidad 9 de 10 terapeutas obtuvieron 100% en nivel de implementación a lo largo de las tres evaluaciones de situaciones simuladas, únicamente el participante TEP3 obtuvo un porcentaje de 50% en la evaluación final. Esta habilidad se evalúa conforme el participante indaga sobre el patrón de consumo y problemas asociados al consumo.

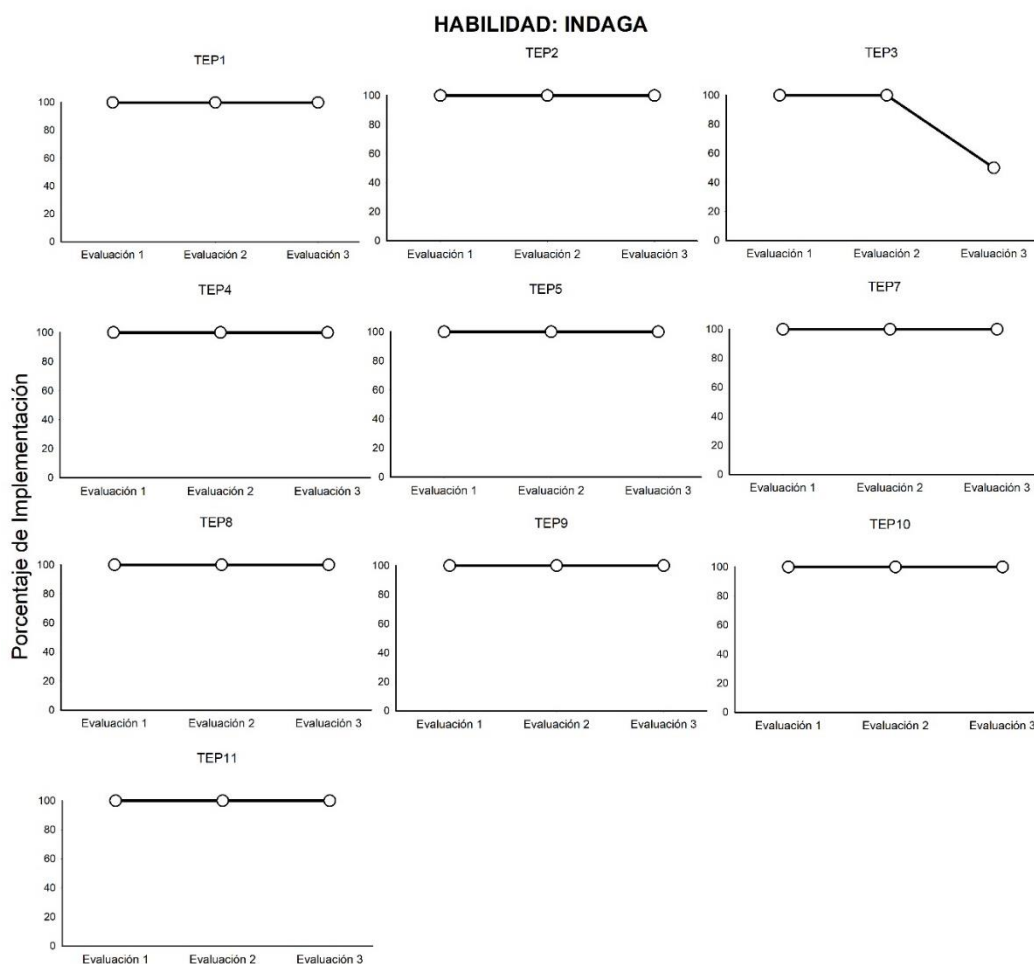


Figura 3 – Porcentaje de implementación individual de la habilidad Indaga en cada evaluación realizada durante el entrenamiento.

Dialoga

Esta habilidad estuvo presente a lo largo del entrenamiento para 4 de 10 participantes con un 100% en cada evaluación. De manera grupal se obtuvo un porcentaje de implementación de $82.5\% \pm$

20.58 en la evaluación inicial, $92.5\% \pm 12.08$ durante la segunda evaluación y, $97.5\% \pm 7.91$ en la evaluación final. En la habilidad dialogo se evalúa que los profesionales informen a la persona sobre su nivel de consumo y las consecuencias (positivas y negativas que ha tenido y puede tener debidas al consumo).

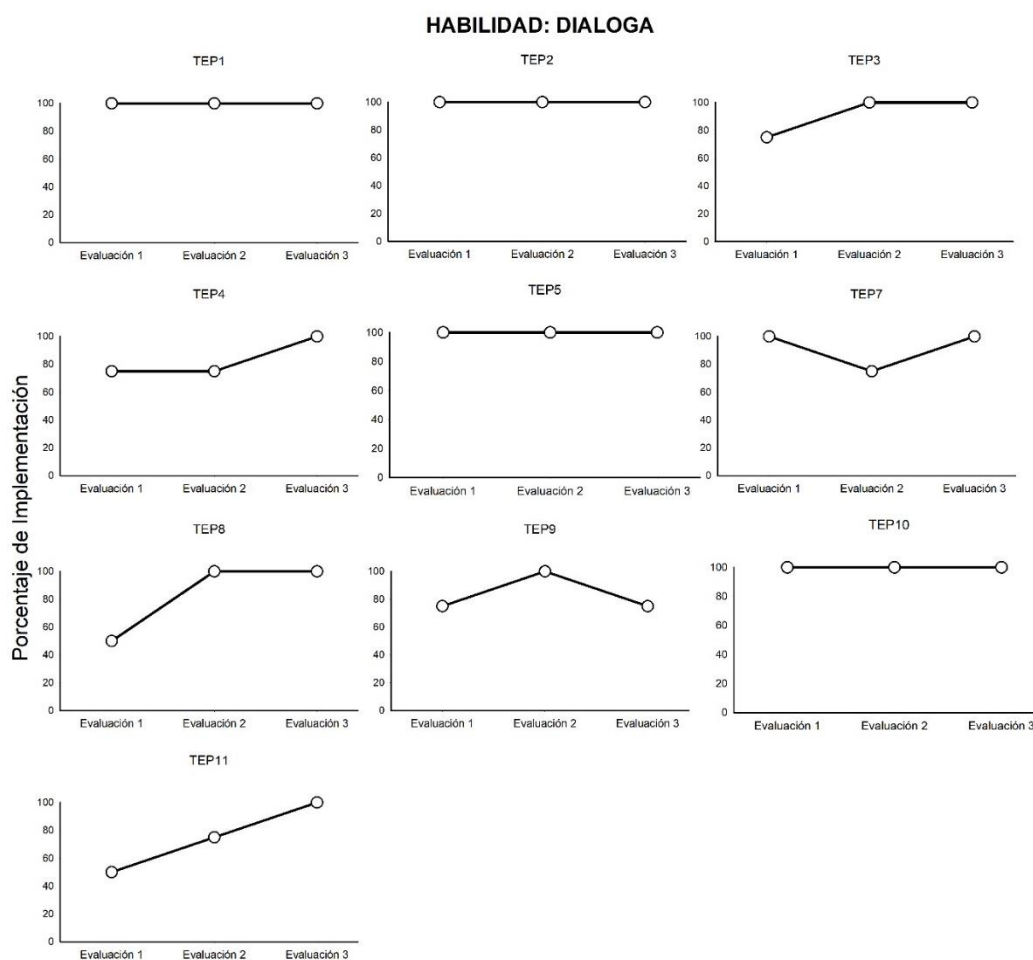


Figura 4 – Porcentaje de implementación individual de la habilidad Dialoga en cada evaluación realizada durante el entrenamiento.

Establece metas

Establecer metas resulta una habilidad más compleja de desarrollar por parte de los profesionales de la salud, en la que a lo largo de las tres evaluaciones se obtuvieron puntajes menores al 70% de implementación, teniendo grupalmente medias de $61.42\% \pm 9.64$; $49.99\% \pm 13.88$; y $57.14\% \pm$

16.5, respectivamente. Al establecer metas, el terapeuta define la decisión de la persona atendida hacia reducir o mantenerse en abstinencia para evitar mayores problemas debido al consumo.

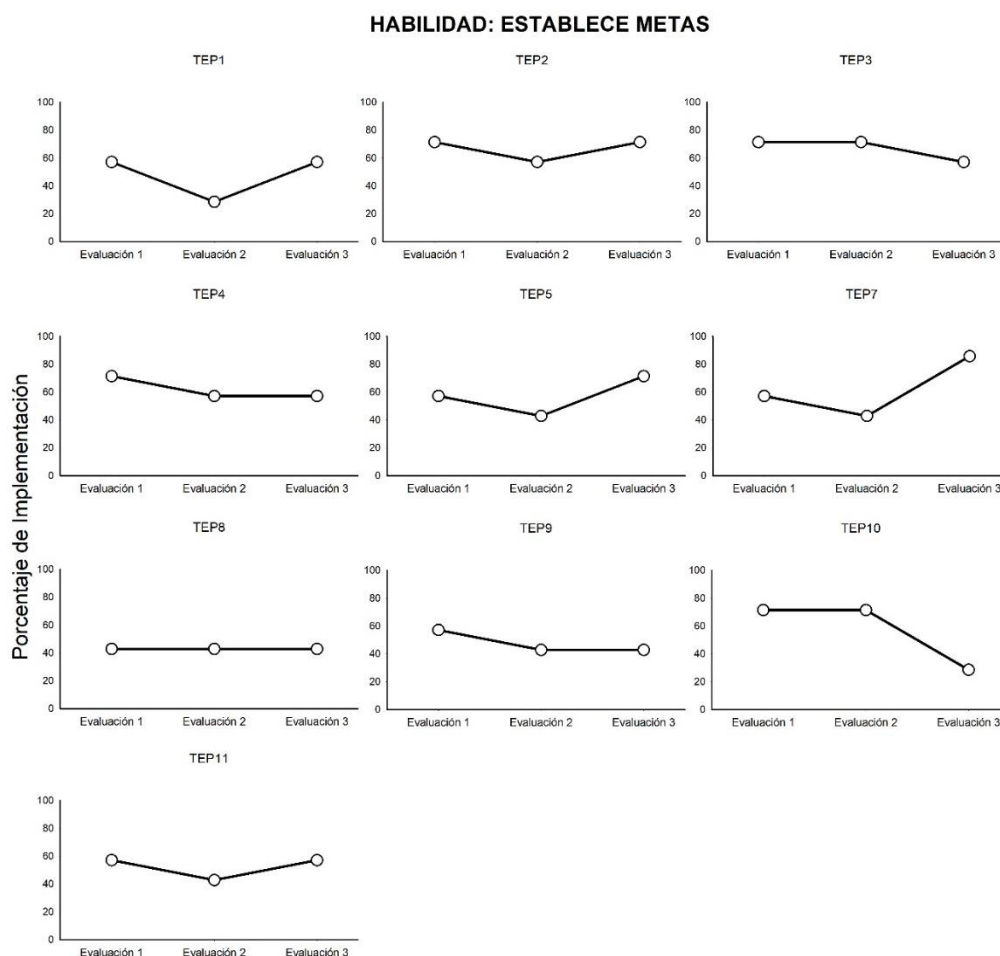


Figura 5 – Porcentaje de implementación individual de la habilidad Establece Metas en cada evaluación realizada durante el entrenamiento.

Acompaña

Esta habilidad tuvo diferentes porcentajes de implementación a lo largo de las evaluaciones llevadas a cabo durante el entrenamiento, lo que representa mayor variabilidad, similar a lo obtenido en establecer metas, sin embargo, los resultados grupales muestran un incremento en la implementación de esta habilidad a lo largo del entrenamiento, teniendo para la evaluación inicial un porcentaje de $20\% \pm 16.33$, en la segunda evaluación de $44.24\% \pm 23.05$, y para la tercera

evaluación de $62\% \pm 17.51$. Acompañar hace referencia a indagar el nivel de satisfacción de la persona con la asesoría de consejo breve obtenida.

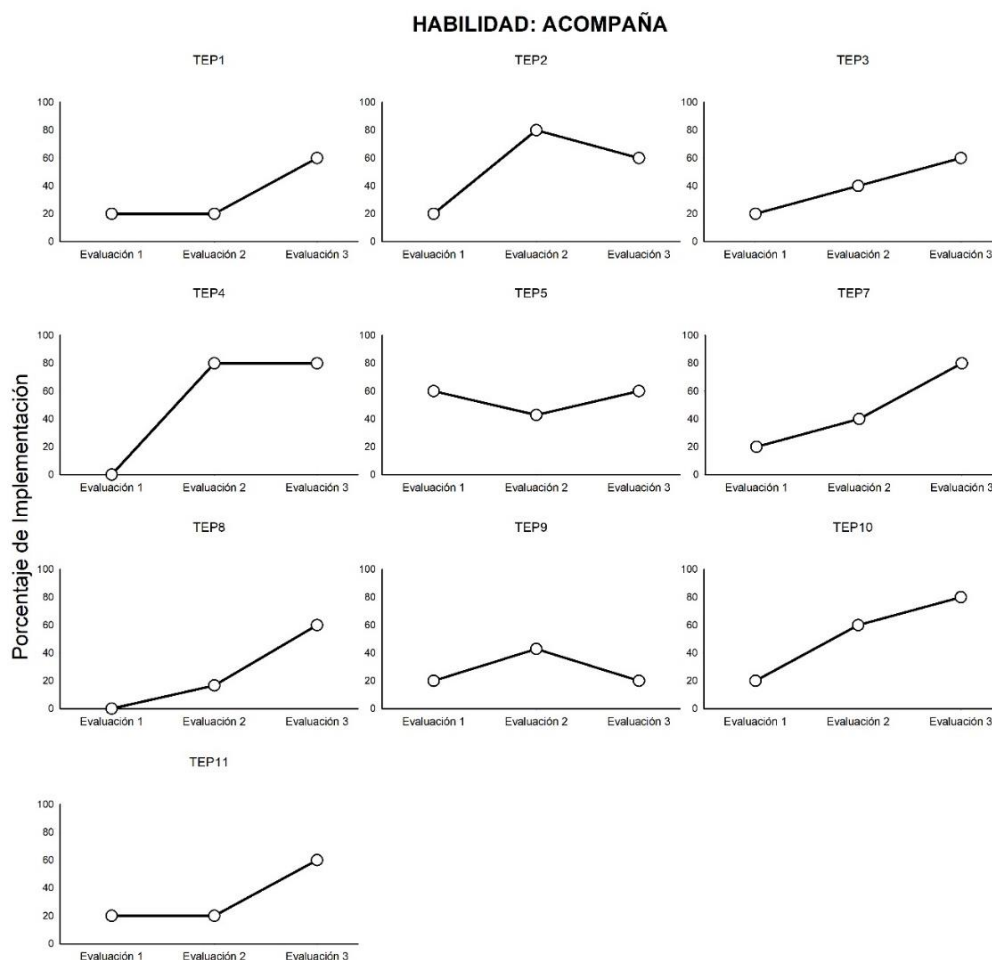


Figura 6 – Porcentaje de implementación individual de la habilidad Acompañar en cada evaluación realizada durante el entrenamiento.

Retroalimenta

La habilidad de retroalimenta obtuvo un porcentaje de implementación inicial de $78.47\% \pm 20.48$ y que superó el 90% de implementación durante el entrenamiento (para la evaluación intermedia un porcentaje de $95.71\% \pm 6.9$, y en la evaluación final de $92.86\% \pm 12.14$). En esta habilidad se realiza escucha reflexiva, se refuerza la autoeficacia de la persona, se identifica un plan de acción, así como los pasos y obstáculos para realizarlo.

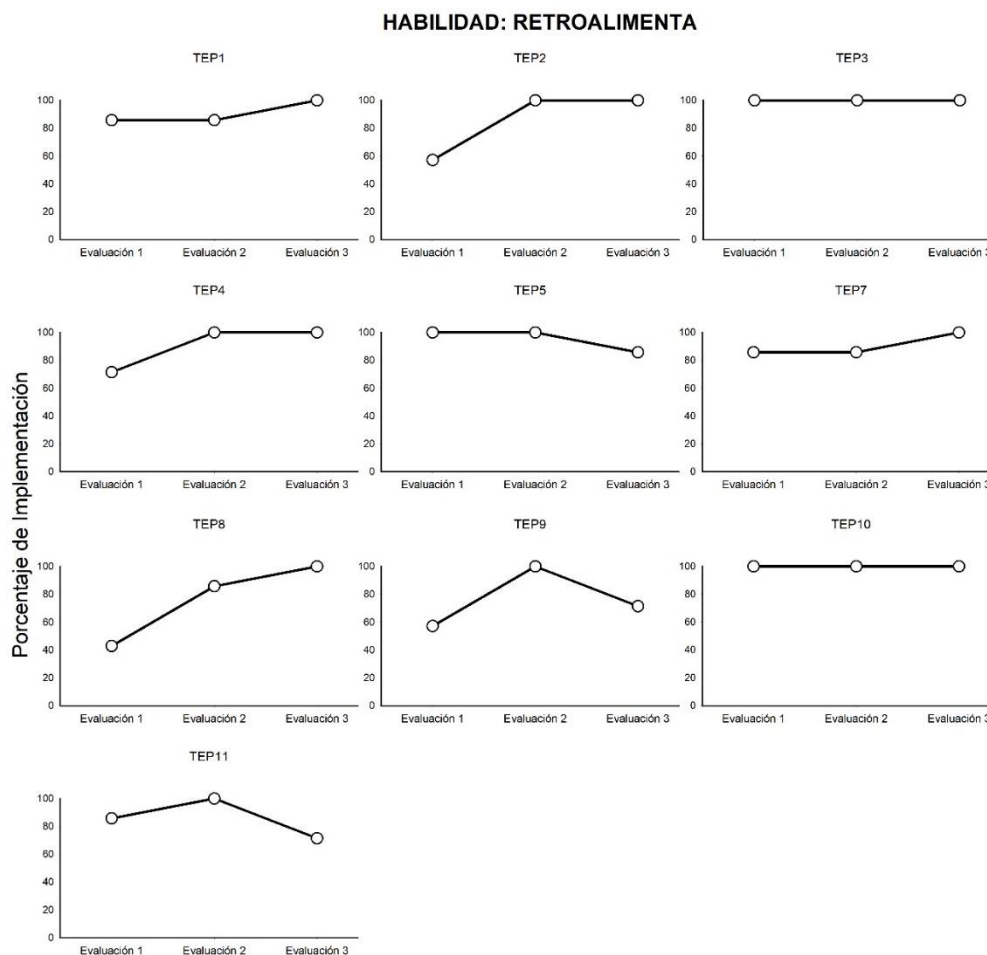


Figura 7 – Porcentaje de implementación individual de la habilidad Retroalimenta en cada evaluación realizada durante el entrenamiento.

Seguimiento

En esta última habilidad se obtuvo un promedio grupal de implementación del 100% en las tres evaluaciones llevadas a cabo, lo que permite mostrar que esta habilidad puede ser característica del repertorio clínico de los profesionales de la salud. En el seguimiento, el terapeuta detecta si existieron cambios significativos en el consumo, de lo contrario referenciar a la persona atendida a otro tipo de tratamiento.

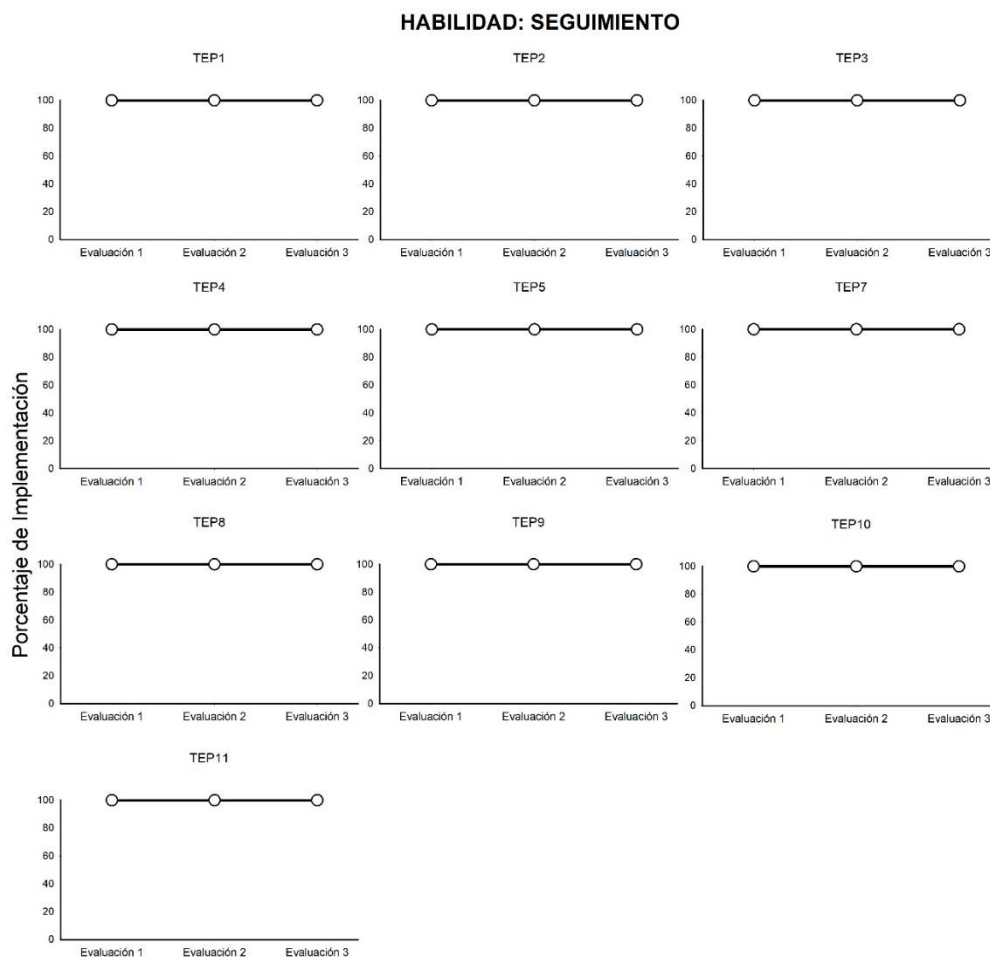


Figura 8 – Porcentaje de implementación individual de la habilidad Seguimiento en cada evaluación realizada durante el entrenamiento.

Empatía

Se evaluaron dos actitudes terapéuticas, empatía y comunicación. Para la primera de ellas, se evalúa si el profesional de la salud se expresa con un tono de voz tranquilo y claro, muestra entendimiento de la situación, respeto y está abierto a escuchar la información que proporciona la otra persona. El porcentaje de implementación de esta actitud fue de 100% en todas las evaluaciones.

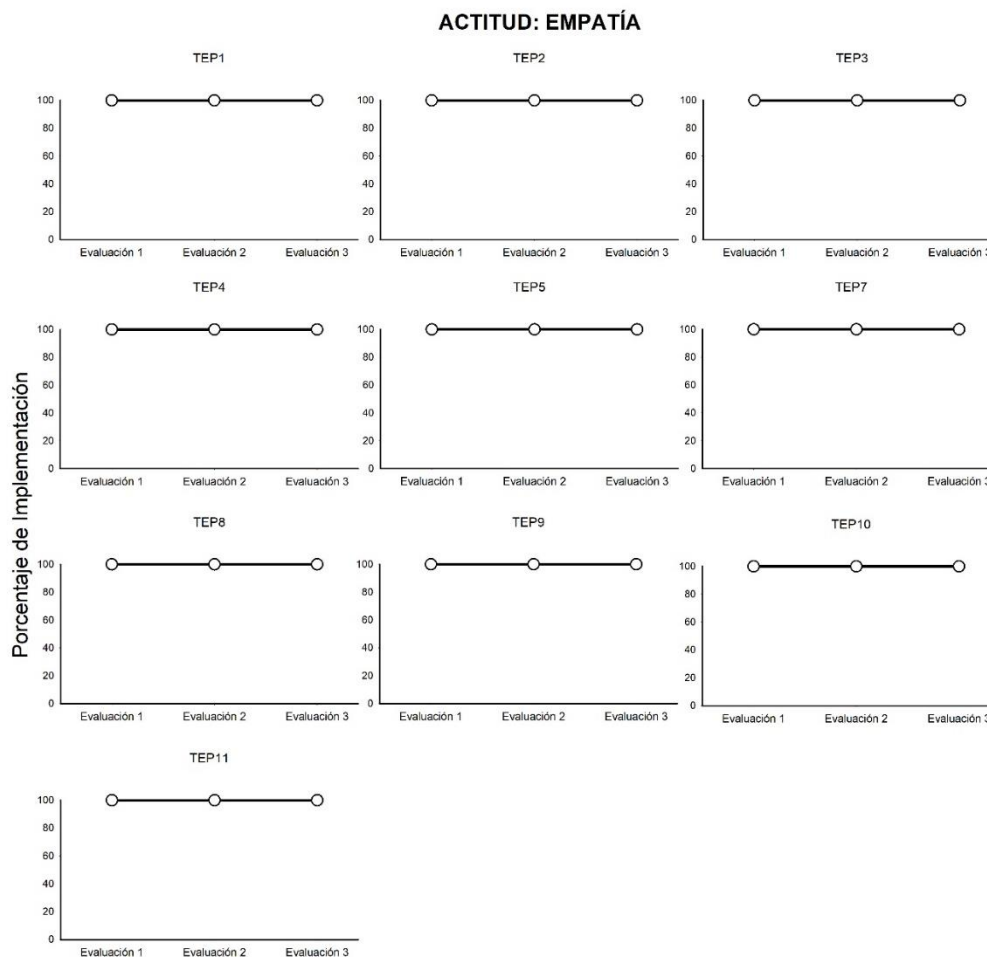


Figura 9 – Porcentaje de implementación individual de la actitud Empatía en cada evaluación realizada durante el entrenamiento.

Comunicación

Finalmente, el último componente evaluado corresponde a la actitud de comunicación, en la que se obtuvieron porcentajes de implementación mayores al 90% en las tres evaluaciones, teniendo para la primera evaluación puntajes de $98\% \pm 6.32$, en la segunda evaluación de 100%, y en la evaluación final de $98\% \pm 6.32$. En esta actitud el terapeuta muestra disposición a resolver dudas y aclarar información, evitar confrontaciones y el uso de palabras altisonantes, y no realizar juicios de valor ante la información proporcionada por la persona.

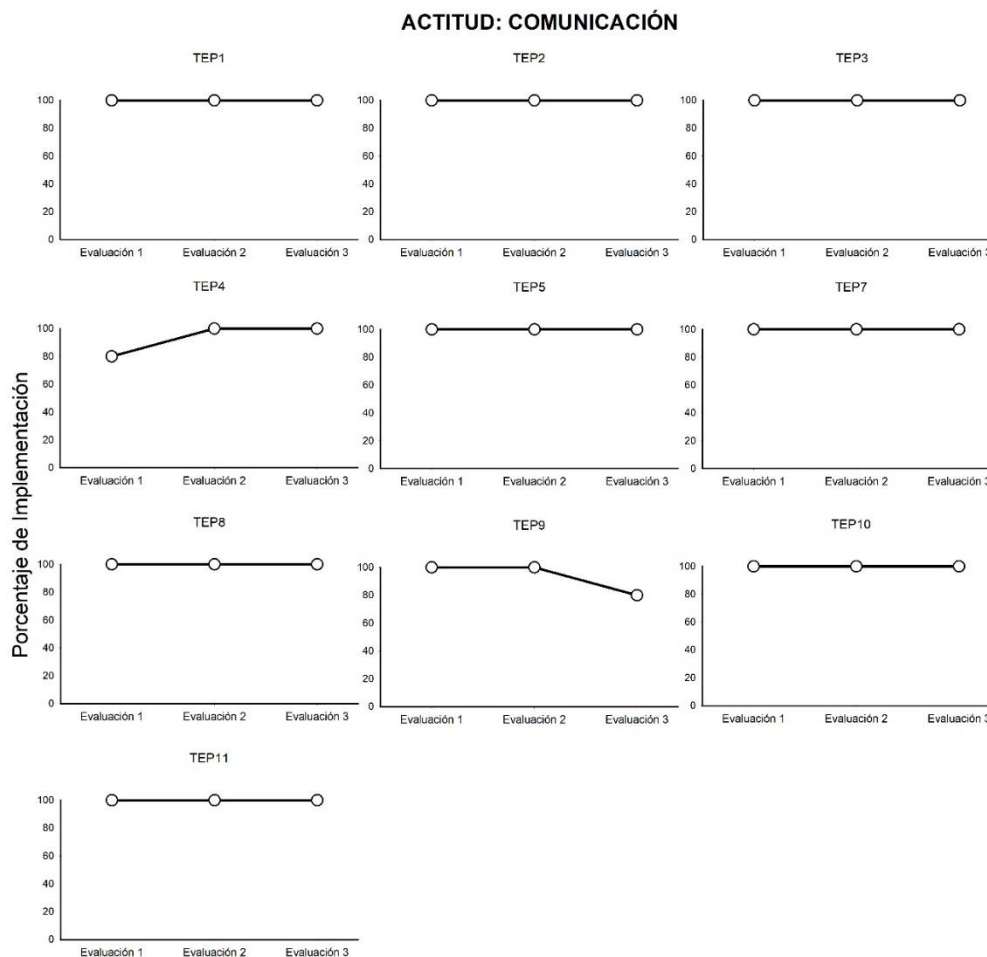


Figura 10 – Porcentaje de implementación individual de la actitud Comunicación en cada evaluación realizada durante el entrenamiento.

Situación Real

Al final del entrenamiento se llevó a cabo una evaluación de situación real que requirió el envío de una videograbación de cada terapeuta atendiendo un caso individual en el que se pudiera observar la aplicación del análisis funcional de una conducta problema. Los participantes TEP1, TEP2, TEP4 y TEP11 aplicaron el componente ante problemáticas referentes al consumo de sustancias, mientras que los profesionales TEP3, TEP8 y TEP10, lo hicieron con problemáticas diferentes. Los resultados de los participantes TEP5, TEP7 y TEP9 no se muestran debido a que decidieron no participar en esta evaluación.

En este componente el participante debe analizar diferentes estímulos referentes a disparadores internos y externos, describir operacionalmente la conducta, consecuencias en diversas áreas tanto positivas como negativas, inmediatas y a largo plazo. En la Figura 11 se muestra el porcentaje del nivel de implementación que cada terapeuta obtuvo en la aplicación del análisis funcional, teniendo un promedio grupal de $59.87\% \pm 15.86$.

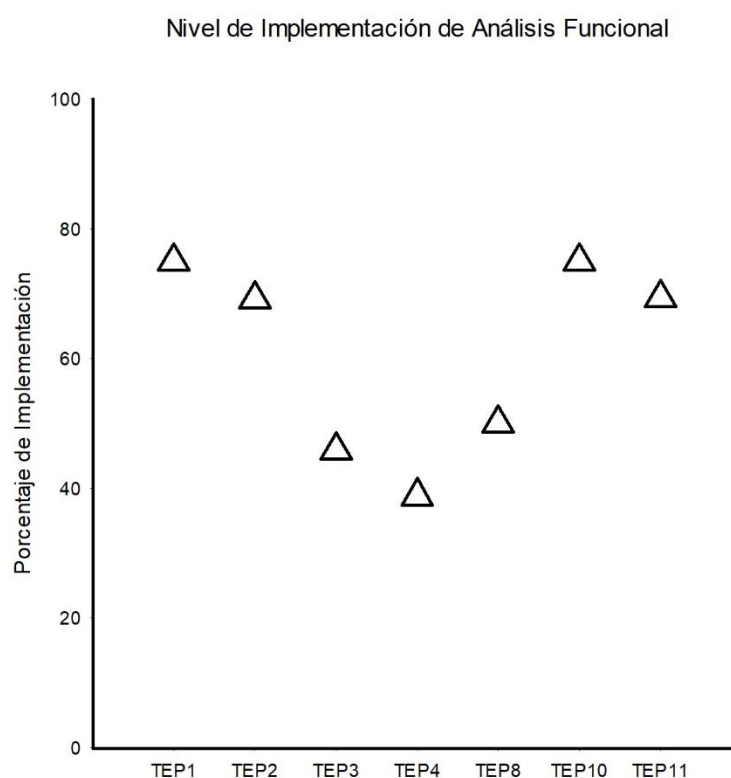


Figura 11 – Porcentaje de implementación de Análisis Funcional de cada participante realizado al final del entrenamiento.

En la segunda sección del componente de análisis funcional es importante que el terapeuta acompañe a la persona en atención en programar conductas alternativas que promuevan la abstinencia o destinadas a la mejora de la problemática en cuestión, programar conductas alternativas, establecer consecuencias positivas inmediatas y a largo plazo a las conductas alternativas y programar conductas alternativas para enfrentar posibles obstáculos. En la Figura 12

se presenta el porcentaje de implementación que cada participante obtuvo en la ejecución de programar conductas alternativas, teniendo como promedio grupal un porcentaje de $49\% \pm 19.68$.

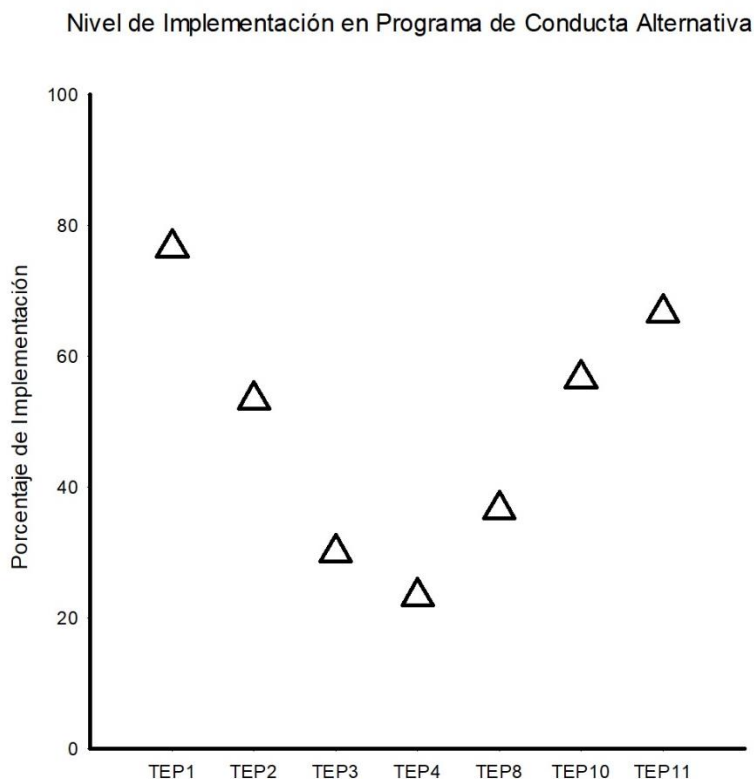


Figura 12 – Porcentaje de implementación en Programa de Conducta Alternativa de cada participante realizado al final del entrenamiento.

DISCUSIÓN

El monitoreo y supervisión en el campo clínico en psicología ha derivado en la implementación de diversos métodos de entrenamiento y evaluación de habilidades terapéuticas de los profesionales de la salud con el interés de que en la práctica clínica éstas se utilicen de manera óptima y con estándares de calidad (Bernard & Goodyear, 2019). Por tal motivo, es necesario que supervisores experimentados puedan apoyarse de métodos de capacitación y evaluación eficientes y adecuados, que permitan visualizar el avance de la adquisición de aptitudes terapéuticas por parte de profesionales de la salud en formación. Dentro de la capacitación de

habilidades y actitudes del profesional de la salud se han desarrollado diferentes procedimientos de enseñanza y evaluación, como lo son lectura de manuales, debates, utilización de escenarios de casos, juego de roles, contacto con diversas personas expertas, autorreflexión de las interacciones con los pacientes, talleres, situaciones simuladas (Benuto et al., 2018).

En el ámbito clínico se han utilizado dos métodos de capacitación de habilidades terapéuticas, en el método pasivo se tiene la finalidad de generar conocimiento teórico a través de manuales, materiales escritos y talleres. Por otra parte, en el método activo se busca desarrollar las habilidades a través de un contexto clínico-práctico a través de juego de roles, situaciones simuladas o participación en situaciones reales (Beidas & Kendall, 2010). Dado que el interés del presente estudio era monitorear y supervisar la adquisición de competencias en profesionales de la salud en intervenciones breves del consumo de sustancias en un contexto clínico, era importante crear un enlace entre ambos métodos. Durante el entrenamiento se emplearon métodos pasivos que buscaban generar conocimiento teórico en los participantes por medio de material escrito, manuales y recursos electrónicos y, por otra parte, dicho conocimiento se complementaba con métodos activos de evaluación interactiva que promueven el aprendizaje por medio de oportunidades de práctica clínica y retroalimentación del desempeño, a través de situaciones simuladas y situaciones reales.

Las situaciones simuladas buscan reproducir características de un escenario del mundo real para que pueda ser evaluado. Con la finalidad de mejorar la calidad y la seguridad en el cuidado de la salud, una estrategia clave involucra la utilización de escenarios estandarizados que diseñan eventos específicos que evocan o replican características de situaciones clínicas del mundo real, y que permiten la generación de información que pueda analizarse con fines de devolver conocimiento aplicado o teórico, o ambos (Lamé & Dixon-Woods, 2020). Para evaluar si la

capacitación en línea fue parte clave en la formación clínica de profesionales de la salud y el desarrollo o mantenimiento de habilidades terapéuticas, la propuesta del estudio fue realizar tres situaciones simuladas aplicadas al inicio, a la mitad y al final de su entrenamiento.

Uno de los elementos más importantes para los resultados expuestos pudo ser la adherencia a la capacitación por parte de los participantes, cumpliendo con el 95.38% de las actividades relacionadas a intervenciones breves en adicciones distribuidas a lo largo del entrenamiento, obteniendo una mediana de 9.08 de calificación global, que podría reflejar tanto en las evaluaciones de situaciones simuladas como con la situación real, puntajes similares e incluso superiores a estudios que siguen líneas de investigación similares y que se detallan mejor a continuación.

En el análisis grupal de las situaciones simuladas respecto al desempeño de las habilidades y actitudes, se observa un incremento en su implementación a lo largo del entrenamiento con un porcentaje promedio en la evaluación inicial de 80.06%, en la evaluación intermedia de 85.30%, y en la evaluación final de 87.81%. Los resultados obtenidos en los porcentajes de implementación de las habilidades y actitudes son en su mayoría más altos en comparación a otros estudios que siguen la misma línea de investigación, por ejemplo, Morales et al. (2019), y que puede deberse a la duración del entrenamiento que fue de 40 horas, mientras que en el presente estudio fue considerablemente mayor.

Al analizar las diferentes habilidades y actitudes, se puede contemplar un patrón constante que se mantuvo durante el entrenamiento en las habilidades: Indaga, Seguimiento, Empatía y Comunicación, con porcentajes de implementación en las tres evaluaciones que iban del 95% al 100%, lo que hace evidente que dichas aptitudes pueden mostrarse en niveles convenientes y

elevados en participantes del posgrado desde la evaluación inicial pudiendo deberse a que son conductas terapéuticas que mayormente se han ejercitado.

En cuanto a las demás habilidades, por una parte, a pesar de no haber diferencias estadísticamente significativas se puede notar que el promedio grupal tiene una clara tendencia hacia el incremento en el porcentaje de implementación de las habilidades: Dialoga, Acompaña y Retroalimenta en las tres evaluaciones, lo que puede sugerir que es a partir de recibir entrenamiento, que los participantes tuvieron grandes oportunidades de mejora para adquirir y mejorar estas habilidades.

Por otro lado, se puede observar que las habilidades con mayor variabilidad individual y con menor porcentaje de implementación a lo largo de las tres evaluaciones fueron las de Establecer Metas y Acompaña, sin embargo, se ha documentado que, a pesar de aplicarse en menor medida, pueden tener gran implicación en la mejoría de personas atendidas. Específicamente, Félix et al. (2019) encontraron porcentajes bajos en estas áreas de implementación, con medias de entre 50% y 60%, pero que tienen una implicación sustantiva en el alta favorable de las personas atendidas. Reportando este efecto en cuanto a ensayos conductuales sobre conductas alternativas al consumo de sustancias, el establecer metas y desarrollar planes de acción de conductas alternativas al consumo. Los resultados de dicho estudio como del presente, sugieren que estos procedimientos si bien se implementan en menor medida, pueden implicar también mayor complejidad que las demás habilidades de indagar, obtener información o retroalimentar, requiriendo por parte de los profesionales de la salud un análisis amplio de los estímulos que mantienen la conducta de consumo y que les permitan desarrollar una adecuada identificación, análisis y establecimiento de la conducta alternativa a la conducta de consumo y lograr involucrar

a la persona atendida en realizar actividades conductuales que promuevan su salud física y mental, cambiando su patrón de consumo de alcohol u otras sustancias.

En una investigación realizada por Ortíz (2019), se evaluaron a través de situaciones simuladas a profesionales de la salud en un posgrado en psicología de las adicciones y se obtuvieron resultados similares en los porcentajes de implementación de las habilidades y actitudes, sin embargo, existe una diferencia importante entre los dos estudios y es la modalidad de entrenamiento y su duración, ya que mientras en esa investigación el entrenamiento fue de modalidad presencial y tuvo una duración de 2 años, en el presente estudio la modalidad del entrenamiento fue remota y la duración fue de 1 año. A partir de ello se puede concluir que la modificación hacia un entrenamiento en línea es una excelente opción para la capacitación de profesionales de la salud, ya que entre sus ventajas están el menor gasto de recursos, así como el aprendizaje asíncrono, además de la obtención de resultados similares en una ventana temporal menor. Los hallazgos de este estudio apoyan a la literatura a favor de la utilización de personas atendidas en condiciones simuladas; así mismo, suman evidencia de la importancia de utilizar situaciones simuladas que integren confederados entrenados, en las que se controlan los estímulos que se le presentan al participante y representan una estrategia adecuada para el monitoreo y evaluación de las habilidades terapéuticas de profesionales de la salud en diferentes disciplinas y que han sido especialmente importantes en escenarios clínicos de salud mental para evaluar manejo de episodios psicóticos agudos, manejo de pacientes alterados, manejo de emergencias médicas, pacientes que presentan delirio, personas que presentan consumo de sustancias, por mencionar algunas (Félix et al., 2021; Pheister et al., 2017; Saadi et al., 2021).

Se ha mencionado anteriormente que una de las finalidades de las situaciones simuladas es proporcionar experiencia práctica en un escenario ficticio para trasladar lo aprendido a un

escenario real. Para evaluar si el entrenamiento remoto también tuvo repercusión importante en la ejecución del componente de análisis funcional en los profesionales de la salud, la siguiente propuesta del estudio fue realizar una evaluación de una situación real antes de finalizar el entrenamiento a través de la videograbación de un caso atendido por cada participante.

El análisis funcional de la conducta es uno de los elementos esenciales para el desarrollo adecuado de una intervención breve y uno de los métodos más precisos utilizado para identificar la función del comportamiento en el que los eventos antecedentes y consecuencias deben definirse de tal manera que se identifiquen las relaciones funcionales entre ambiente y conducta. Al ser uno de los primeros componentes en ejecutarse dentro del ámbito terapéutico, va a permitir analizar las fuentes de refuerzo que mantienen las conductas problema, principalmente, y desarrollar programas de tratamiento subsecuentemente. Además, los enfoques funcionales para la evaluación del comportamiento se han convertido en las mejores prácticas tanto en la investigación clínica como en la aplicación (Iwata et al., 2000).

En la situación real al analizar de manera grupal la implementación del análisis funcional, 5 de 7 profesionales de la salud mostraron niveles de Implementación del 50% o más, y con una media grupal de $59.87\% \pm 15.86$, por otra parte, en la implementación de programar conductas alternativas al consumo, 4 de 7 participantes obtuvieron porcentajes mayores al 50% con una media grupal de $49\% \pm 19.68$. Estos resultados son consistentes con los hallazgos reportados en profesionales de la salud evaluados a través de situaciones simuladas (Félix et al., 2021), en los que al finalizar el entrenamiento obtuvieron niveles de implementación mayores que en las evaluaciones iniciales, respecto a la implementación del análisis funcional con porcentajes superiores al 40% en 5 de 8 casos reportados, y en la implementación de conducta alternativa porcentajes entre 39% y 67%. En ambos estudios existen diferencias en el porcentaje de

implementación individual, siendo que en el presente estudio los porcentajes son mayores, y es importante discutir las posibles diferencias. Una vez más, una de las desigualdades principales fue la modalidad de entrenamiento, los resultados apuntan a que la modalidad del entrenamiento en línea puede ser una excelente alternativa -incluso podría tener mayores beneficios que la modalidad presencial- para el desarrollo de habilidades en la impartición de intervenciones breves.

Otra diferencia importante en ambos estudios es el hecho de que en el presente estudio se realizó una evaluación de la implementación del análisis funcional a partir de la atención de un caso real. A diferencia de las situaciones estandarizadas en las que los confederados presentan un número limitado de veces los estímulos del componente a evaluar y en caso de que el participante no responda se considera como una omisión dando paso inmediatamente al siguiente estímulo, dentro de la situación real por otra parte, el evaluado o terapeuta, puede analizar los estímulos del componente con mayor flexibilidad, tiempo y en el orden deseado a lo largo de la sesión, lo cual hace más probable que indague un mayor número de estímulos, lo que podría explicar mayores porcentajes de implementación en el estudio actual.

Teniendo en cuenta lo anterior, existe un debate reciente sobre la utilización de las situaciones simuladas en psicología dado que pueden existir diferencias con los escenarios reales. Se ha documentado la implementación de situaciones simuladas en muchas disciplinas de la salud; en medicina, permiten el entrenamiento y la práctica para dominar los procedimientos (McGrath et al., 2018); en enfermería tienen la oportunidad de desarrollar y perfeccionar sus habilidades repetidamente utilizando tecnología de simulación sin poner en riesgo a los pacientes (Aebersold, 2011). Entonces, si bien el uso de la simulación puede ser valiosa y puede integrarse fácilmente para ayudar a evaluar competencias específicas y educar a los terapeutas ofreciendo un beneficio adicional a la instrucción didáctica tradicional, mejorando el desempeño y posiblemente también

ayudando a reducir los errores, aún falta mucha investigación en la aplicación en psicología clínica (Kühne et al., 2020), aunado a ello, es importante de igual modo, mencionar las desventajas para su ejecución, al estar asociadas con altos costos, pueden requerir una cantidad significativa de tiempo para realizar los escenarios, coordinar las sesiones y capacitar a los confederados; entre sus críticas se tienen que representan escenarios demasiado controlados, en lugar de escenarios parecidos a condiciones más precisas de la vida real, en los que existen problemas para proporcionar una representación convincente de los síntomas (Kuehne et al., 2018; Pheister et al., 2017).

El presente estudio aporta evidencia a favor de la utilización de situaciones simuladas para evaluar las habilidades y actitudes terapéuticas en psicólogos profesionales, sin embargo, será importante que en futuras investigaciones se continúe esta línea de investigación, considerando hacer adecuaciones pertinentes para poder solventar las posibles barreras y desventajas existentes, así como tener claro que la finalidad es trasladar lo aprendido al escenario clínico real. Munshi et al. (2015) hicieron una compilación de características que debe tener una capacitación con simulación para hacerla más completa y solventar posibles desventajas: fidelidad, confiabilidad, validez, el impacto en el aprendizaje y la viabilidad. La fidelidad es la medida en que la apariencia y el comportamiento de la simulación coinciden con la apariencia y el comportamiento del sistema simulado. La confiabilidad es el coeficiente de correlación entre dos conjuntos de puntajes en una prueba equivalente obtenida independientemente de los miembros del mismo grupo. La validez es la medida en que una herramienta de medición mide lo que se pretende medir. El impacto en el aprendizaje de los estudios de simulación se puede clasificar en: reacción, aprendizaje, comportamiento y resultados. La viabilidad describe el grado en que la simulación es asequible y factible de implementar. En ese sentido es importante tratar de cubrir estos aspectos al estandarizar

una situación simulada con la finalidad de obtener resultados beneficiosos en el campo real y evitar las barreras descritas anteriormente, así como variables extrañas.

En cuanto a las evaluaciones de situaciones reales será importante continuar con la modalidad en línea y utilizar las herramientas electrónicas disponibles, en este caso las videograbaciones pueden ser un recurso óptimo. En un meta-análisis realizado por Fukkink et al. (2011), demuestra que la videograbación acompañada de la retroalimentación es un método instruccional que se aplica en diferentes programas de formación que es efectivo para mejorar las habilidades clave de interacción de los profesionales, ayudando a mejorar los aspectos verbales, no verbales y paralingüísticos de la comunicación en entornos profesionales.

Una de las principales aportaciones del presente estudio ha sido la implementación del entrenamiento en modalidad remota, los hallazgos suman evidencia similar a investigaciones previas que muestran resultados en terapia conductual y de salud mental equivalentes en comparación con los servicios presenciales (Eva et al., 2000; McCord et al., 2020) y que señalan como este tipo de estrategia de enseñanza resulta eficaz para capacitar a profesionales de la salud, mostrando beneficios claves en comparación con la modalidad presencial, como lo son específicamente el ahorro de recursos, flexibilidad temporal, resultados similares a métodos de enseñanza clásicos, la posibilidad de entrenar a un mayor número de terapeutas, por mencionar algunas.

Además, relacionado a lo anterior, la atención psicológica remota de igual modo representa una opción para mejorar el acceso a los servicios de salud mental al llevar la atención a la conveniencia y comodidad del hogar del paciente. Los avances tecnológicos potenciados por el acceso a Internet, las cámaras web, softwares de videoconferencia y dispositivos móviles han hecho que la atención en línea sea más factible, con evidencia respecto a que los tratamientos

pueden ser tan efectivos como los servicios presenciales (Pruitt et al., 2014), ofreciendo beneficios que incluyen mayor apoyo social, seguridad, comprensión del contexto del hogar del paciente y privacidad, permitiendo que los servicios de atención primaria y de salud mental se integren de manera eficiente y conveniente sin requerir que los pacientes asistan a dos o más clínicas para recibir los servicios y, pueden brindar un beneficio económico tanto para los pacientes como para los sistemas de atención médica.

Aunado a ello, la psicología clínica ha tenido que adaptarse en todos los aspectos de la investigación, la formación y la práctica a partir de la pandemia por COVID-19. Los psicólogos y otros servicios de salud han seguido apoyando a sus clientes durante la pandemia, se ha requerido que adapten su práctica, han incrementado el uso de herramientas y plataformas en línea, involucrándose cada vez más con entrevistas virtuales, reuniones multidisciplinarias y consultas (Greenblatt et al., 2021). También han realizado un mayor número de sesiones remotas, incluido el trabajo de evaluación, debido a las reglas de distanciamiento social y que, en conjunto, han promovido el aprendizaje en modalidad remota, apoyando la moción de que este tipo de estrategias deben continuar implementándose, así como el desarrollo de investigación sobre su efectividad y oportunidades de mejoría.

Para futuras investigaciones será importante considerar no sólo los beneficios existentes en la capacitación remota, sino también indagar acerca de las dificultades reportadas por parte de profesionales de la salud con la finalidad de mejorar y establecer esta estrategia como una de las principales fuentes de enseñanza. Además, de manera pertinente será necesaria la utilización de recursos tecnológicos en mayor medida y de manera creativa con la finalidad de potenciar la adquisición de competencias en los profesionales de la salud. Por otra parte, existe aún poca literatura respecto al alcance de las situaciones simuladas estandarizadas en psicología,

específicamente en el campo de adicciones, por lo que será importante expandir esta línea de investigación con precaución y siempre dirigiendo esta herramienta hacia el traslado de aprendizaje a escenarios reales supervisados.

En conclusión, los resultados obtenidos en este estudio dan sustento a la existencia de un gran número de ventajas en la implementación de un entrenamiento dirigido en modalidad a distancia que permitieron la adquisición de habilidades y actitudes terapéuticas en porcentajes similares a los reportados en entrenamientos presenciales, y que sin duda promueven que continúe su implementación en el futuro. Las situaciones simuladas son un método factible de formación y evaluación de competencias que permiten la práctica en un escenario estandarizado previo a la aplicación en escenarios, y aunque existen diferencias con las evaluaciones de situaciones reales, deben implementarse y estar bajo supervisión continua.

REFERENCIAS

- Aebbersold, M. (2011). Using simulation to improve the use of evidence-based practice guidelines. *Western Journal of Nursing Research*, 33(3), 296-305. <https://doi.org/10.1177/0193945910379791>
- Alfonsson, S., Parling, T., Spännargård, Å., Andersson, G., & Lundgren, T. (2018). The effects of clinical supervision on supervisees and patients in cognitive behavioral therapy: a systematic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(3), 206-228. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1369559>
- Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., . . . Freedman, R. (2018). Preventive Strategies for Mental Health. *The Lancet Psychiatry*, 5(7), 591-604. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)
- Barragán-Torres, L., Flores-Mares, M., Ramírez-Mendoza, C., & Ramírez, N. (2009). Programa de Satisfactores Cotidianos para dependientes de alcohol y otras drogas. *Anuario de Investigación en Adicciones*.
- Barragán, L., Flores, M., Morales, D., González, J., & Martínez, M. (2006). *Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Manual del terapeuta (tomos I y II)*. CONADIC.
- Baumann, B. L., Kolko, D. J., Collins, K., & Herschell, A. D. (2006). Understanding practitioners' characteristics and perspectives prior to the dissemination of an evidence-based intervention. *Child Abuse Neglect*, 30(7), 771-787. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.01.002>
- Beidas, R. S., & Kendall, P. C. (2010). Training therapists in evidence-based practice: A critical review of studies from a systems-contextual perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(1), 1-30. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01187.x>
- Bennett-Levy, J., McManus, F., Westling, B. E., & Fennell, M. (2009). Acquiring and refining CBT skills and competencies: which training methods are perceived to be most effective? *Behavioural Cognitive Psychotherapy*, 37(5), 571-583. <https://doi.org/10.1017/S1352465809990270>
- Bennett-Levy, J., Hawkins, R., Perry, H., Cromarty, P., & Mills, J. (2012). Online cognitive behavioural therapy training for therapists: Outcomes, acceptability, and impact of support.

- Australian Psychologist*, 47(3), 174-182. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.2012.00089.x>
- Bennett, G. A., Roberts, H. A., Vaughan, T. E., Gibbins, J. A., & Rouse, L. (2007). Evaluating a method of assessing competence in motivational interviewing: A study using simulated patients in the United Kingdom. *Addictive behaviors*, 32(1), 69-79. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.03.022>
- Benuto, L. T., Casas, J., & O'Donohue, W. T. (2018). Training culturally competent psychologists: A systematic review of the training outcome literature. *Training Education in Professional Psychology*, 12(3), 125. <https://doi.org/10.1037/tep0000190>
- Bernard, J., & Goodyear, R. (2019). *Fundamentals of clinical supervision* (6th ed.). Pearson.
- Bray, J. W., Del Boca, F. K., McRee, B. G., Hayashi, S. W., & Babor, T. F. (2017). Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT): rationale, program overview and cross-site evaluation. *Addiction*, 112, 3-11. <https://doi.org/10.1111/add.13676>
- Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2007). A vision of the next generation of behavioral therapies research in the addictions. *Addiction*, 102(6), 850-862. <https://doi.org/10.1176/foc.9.1.foc118>
- Collins, L. M., Murphy, S. A., & Bierman, K. L. (2004). A conceptual framework for adaptive preventive interventions. *Prevention Science*, 5(3), 185-196. <https://doi.org/10.1023%2FB%3APREV.0000037641.26017.00>
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2017). *Transferencia de las Intervenciones Breves para la prevención de recaídas en adicciones*.
- Das, V., Daniels, B., Kwan, A., Saria, V., Das, R., Pai, M., & Das, J. (2021). Simulated patients and their reality: An inquiry into theory and method. *Social Science Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114571>
- Dieckmann, P., Lippert, A., Glavin, R., & Rall, M. (2010). When things do not go as expected: scenario life savers. *Simulation in Healthcare*, 5(4), 219-225. <https://doi.org/10.1097/sih.0b013e3181e77f74>
- Echeverría, L., Ruiz, M., Salazar, L., Tiburcio, A., & Ayala, V. (2004). *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*.

- ENCODAT. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. (2017). Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. México. INPREM.
- Eva, K. W., MacDonald, R. D., Rodenburg, D., & Regehr, G. (2000). Maintaining the characteristics of effective clinical teachers in computer assisted learning environments. *Advances in Health Sciences Education*, 5(3), 233-246. <https://doi.org/10.1023/A:1009881605391>
- Félix, R. V., Morales, C. S., & Santoyo, V. C. (2019). Implementación de Procedimientos Conductuales: Efectos en Alta Post Tratamiento del Usuario de Drogas. *Health Addictions/Salud y Drogas*, 19(1).
- Félix, V., Ortiz, D., Morales, S., & Uriarte, C. (2021). Standardized Simulated Case: Behavioral Assessment in Health Professionals in Addictions. *Acta de investigación psicológica*, 11(3), 87-98.
- Fukkink, R. G., Trienekens, N., & Kramer, L. J. (2011). Video feedback in education and training: Putting learning in the picture. *Educational Psychology Review*, 23(1), 45-63. <https://doi.org/10.1007%2Fs10648-010-9144-5>
- Greenblatt, R., Gumbs, S., Lemboye, S., Blanchard, J., & Bunn, H. (2021). Educational Psychology in the Virtual World: A Small Study on Practice Adaptations During the COVID-19 Pandemic and Potential Benefits for Future Services. *Educational Psychology Research Practice*, 7(2), 1-11. <https://doi.org/10.15123/uel.8q73v>
- Hall, K. L., Nahum-Shani, I., August, G. J., Patrick, M. E., Murphy, S. A., & Almirall, D. (2019). Adaptive intervention designs in substance use prevention. In *Prevention of substance use* (pp. 263-280). Springer.
- Herschell, A. D., Kolko, D. J., Baumann, B. L., & Davis, A. C. (2010). The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: A review and critique with recommendations. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 448-466. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.005>
- Hulsman, R. L., Ros, W. J., Winnubst, J. A., & Bensing, J. M. (2002). The effectiveness of a computer-assisted instruction programme on communication skills of medical specialists in oncology. *Medical Education*, 36(2), 125-134. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01074.x>

- Iwata, B. A., Wallace, M. D., Kahng, S., Lindberg, J. S., Roscoe, E. M., Conners, J., . . . Worsdell, A. S. (2000). Skill acquisition in the implementation of functional analysis methodology. *Journal of Applied Behavior Analysis, 33*(2), 181-194. <https://doi.org/10.1901/jaba.2000.33-181>
- Kok, B. E., Dagger, D., Gaffney, C., & Kenny, A. (2018). Experiential learning at scale with computer-based roleplay simulations. *International Journal of Advanced Corporate Learning, 11*(2), 24-26.
- Kuehne, F., Ay, D. S., Otterbeck, M. J., & Weck, F. (2018). Standardized patients in clinical psychology and psychotherapy: A scoping review of barriers and facilitators for implementation. *Academic Psychiatry, 42*(6), 773-781. <https://doi.org/10.1007/s40596-018-0886-6>
- Kühne, F., Heinze, P. E., & Weck, F. (2020). Standardized patients in psychotherapy training and clinical supervision: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 21*(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4172-z>
- Lamé, G., & Dixon-Woods, M. (2020). Using clinical simulation to study how to improve quality and safety in healthcare. *BMJ Simulation Technology Enhanced Learning, 6*(2), 87. <https://doi.org/10.1136%2Fbmjstel-2018-000370>
- Lane, C., Hood, K., & Rollnick, S. (2008). Teaching motivational interviewing: using role play is as effective as using simulated patients. *Medical Education, 42*(6), 637-644. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02990.x>
- Lira-Mandujano, J., González-Betanzos, F., Carrascoza Venegas, C. A., Ayala V, H. E., & Cruz-Morales, S. E. (2009). Evaluation of a brief motivational intervention program for smokers: results of a pilot study. *Salud Mental, 32*(1), 35-41.
- Londt, C., & Moldenhauer, L. (2018). Best Practice Focused Occupationally-Directed Education, Training and Development Practice Prospects Linked to Workplace E-learning. *International Journal of Advanced Corporate Learning, 11*(2).
- MacMullin, K., Jerry, P., & Cook, K. (2020). Psychotherapist experiences with telepsychotherapy: Pre COVID-19 lessons for a post COVID-19 world. *Journal of Psychotherapy Integration, 30*(2), 248. <https://doi.org/10.1037/int0000213>
- Martínez-Martínez, K. I., Jiménez-Pérez, A. L., Romero, V. F., & Morales-Chainé, S. (2018). Impact of a brief intervention programs in clinical practice: Barriers and adaptations.

- International Journal of Psychological Research*, 11(2), 27-34.
<https://doi.org/10.21500/20112084.3485>
- Martínez, K., Salazar, M., & Legaspi, E. (2007). *Consejo para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Guía para el orientador. México*. CONADIC.
- McCord, C., Bernhard, P., Walsh, M., Rosner, C., & Console, K. (2020). A consolidated model for telepsychology practice. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1060-1082.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22954>
- McGrath, J. L., Taekman, J. M., Dev, P., Danforth, D. R., Mohan, D., Kman, N., . . . Lemheney, A. (2018). Using virtual reality simulation environments to assess competence for emergency medicine learners. *Academic Emergency Medicine*, 25(2), 186-195.
<https://doi.org/10.1111/acem.13308>
- Means, B., Toyama, Y., Murphy, R., Bakia, M., & Jones, K. (2009). Evaluation of evidence-based practices in online learning: A meta-analysis and review of online learning studies.
- Medina, M., Chávez, M., López, F., Félix, V., Gordillo, T., & Morales, S. (2012). *Manual del Terapeuta para la Aplicación de la Intervención Breve para Usuarios de Marihuana*. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. Secretaria de Salud. México.
- Meyers, R. J., Smith, J. E., & Lash, D. N. (2002). The community reinforcement approach. *Recent Developments in Alcoholism*, 183-195.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 11(2), 147-172. <https://doi.org/10.1017/S0141347300006583>
- Miller, W. R., Moyers, T. B., Arciniega, L., Ernst, D., & Forcehimes, A. (2005). Training, supervision and quality monitoring of the COMBINE Study behavioral interventions. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*(15), 188-195.
<https://doi.org/10.15288/jsas.2005.s15.188>
- Moore, J. W., & Fisher, W. W. (2007). The effects of videotape modeling on staff acquisition of functional analysis methodology. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40(1), 197-202.
<https://doi.org/10.1901/jaba.2007.24-06>
- Morales, S., Martínez, K., Carrascoza, C., Chaparro, A., & Martínez, M. (2013). Evaluación de habilidades de consejo breve en el ámbito de las adicciones. *Health Addictions/Salud y Drogas*, 13(2).

- Morales, S. C., Felix-Romero, V., Palafox, G. P., & Martínez, J. L. V. (2019). Conocimientos, habilidades y actitudes profesionales para la intervención breve en adicciones. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 5(2), 8-20.
- Munshi, F., Lababidi, H., & Alyousef, S. (2015). Low-versus high-fidelity simulations in teaching and assessing clinical skills. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 10(1), 12-15.
- Murphy, R., Calugi, S., Cooper, Z., & Dalle Grave, R. (2020). Challenges and opportunities for enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) in light of COVID-19. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13. <https://doi.org/10.1017%2FS1754470X20000161>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2020). Las drogas, el cerebro y la conducta: bases científicas de la adicción.
- Norma Oficial Mexicana. (2009). *Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones* (NOM-028-SSA2-2009). <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR20.pdf>.
- O'Donnell, A., Schulte, B., Manthey, J., Schmidt, C. S., Piazza, M., Chavez, I. B., . . . Mejía-Trujillo, J. J. P. o. (2021). Primary care-based screening and management of depression amongst heavy drinking patients: Interim secondary outcomes of a three-country quasi-experimental study in Latin America. *16*(8), e0255594. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255594>
- Organización Mundial de la Salud. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. In. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organization, W. H. (2019). World Drug Report 2019. *UNODC: Vienna, Austria*.
- Oropeza, R., Fukushima, E., García, L., & Escobedo, J. (2012). *Manual de aplicación del tratamiento breve para usuarios de cocaína (TBUC)*. (Vol. 106).
- Ortíz, D. (2019). *Competencias profesionales en la implementación de análisis funcional de la conducta de consumo* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. TESIUNAM.
- Pheister, M., Stagno, S., Cotes, R., Prabhakar, D., Mahr, F., Crowell, A., & Schwartz, A. (2017). Simulated patients and scenarios to assess and teach psychiatry residents. *Academic Psychiatry*, 41(1), 114-117. <https://doi.org/10.1007/s40596-015-0477-8>

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In *Treating addictive behaviors* (pp. 3-27). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2191-0_1
- Pruitt, L. D., Luxton, D. D., & Shore, P. (2014). Additional clinical benefits of home-based telemental health treatments. *Professional Psychology: Research Practice, 45*(5), 340. <https://doi.org/10.1037/a0035461>
- Reichert, R. A., Legal, E. J., Oliani, S. M., & Zamignani, D. R. (2021). Functional Analysis of Substance Use and Dependence. In *Behavior Analysis and Substance Dependence* (pp. 51-60). Springer.
- Reuter, J., Raedler, T., Rose, M., Hand, I., Gläscher, J., & Büchel, C. (2005). Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nature Neuroscience, 8*(2), 147-148. <https://doi.org/10.1038/nn1378>
- Roe, R. A. (2002). What makes a competent psychologist? *European Psychologist, 7*(3), 192. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.7.3.192>
- Saadi, A., Uddin, T., Fisher, M., Cross, S., & Attoe, C. (2021). Improving Interprofessional Attitudes Towards Mental and Physical Comorbidities: The Effectiveness of High Fidelity Simulation Training Versus Roleplay. *Clinical Simulation in Nursing, 54*, 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.01.012>
- Solís, L., Gómez, P. y Ponce, M. (s.f.). Modelo de prevención en Centros de Integración Juvenil, A.C. En Serie Planeación (Eds.). Modelos Preventivos (pp. 6-13). Recuperado de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/modprev.pdf>.
- Todd, K. H., Braslow, A., Brennan, R. T., Lowery, D. W., Cox, R. J., Lipscomb, L. E., & Kellermann, A. L. (1998). Randomized, controlled trial of video self-instruction versus traditional CPR training. *Annals of Emergency Medicine, 31*(3), 364-369. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(98\)70348-8](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(98)70348-8)
- West, R. (2006). *Theory of addiction*. Blackwell Publishing.
- Westbrook, D., Sedgwick-Taylor, A., Bennett-Levy, J., Butler, G., & McManus, F. (2008). A pilot evaluation of a brief CBT training course: Impact on trainees' satisfaction, clinical skills and patient outcomes. *Behavioural Cognitive Psychotherapy, 36*(5), 569-579. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004608>

Wilson, L., Kahan, M., Liu, E., Brewster, J. M., Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2002). Physician behavior towards male and female problem drinkers: a controlled study using simulated patients. *Journal of Addictive Diseases*, 21(3), 87-99.
https://doi.org/10.1300/J069v21n03_07

ANEXOS

Anexo 1. Guion de Situación Simulada.

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

	Siempre siento lo mismo antes de consumir	¿Qué sientes antes de consumir?, ¿Cómo te sientes antes de consumir?	Me siento feliz, contento, como muy emocionado de salir con los amigos.
3. Descripción operacional de la conducta de consumo	He notado / me he fijado que siempre consumo lo mismo.	¿Qué consumes?	Me gusta la cerveza y el tequila.
	Casi siempre consumo las mismas cantidades	¿Cuánto consumes?	Siempre empiezo tranquilo, con dos cervezas, pero ya luego de eso, vienen los caballitos de tequila y si me tomo como unos cinco o seis.
	Casi siempre me tardo lo mismo en consumir	¿Cuánto tiempo te tardas en consumir un trago? / ¿Cuánto tiempo dura toda la situación en la que consumes?	Póngale que llegamos como a las 5 al bar, como de 5 a 6, 6:30 me tomo las dos cervezas. Ya luego de eso, me tomo un primer caballito, pero luego nos da por echar fondos, y sí me tomo los otros ya muy rápido, uno tras otro, más tardan en servirnos que en lo que ya me los tomé.
4. Consecuencias positivas inmediatas de la conducta consumo	La verdad es que hay varias cosas que me gustan de beber	¿Qué consecuencias positivas o cosas agradables suceden inmediatamente después de que consumes? / ¿Cómo te sientes después de consumir?	La verdad es que me la paso muy bien, sí me relajo, me divierto, te digo que estos amigos son de esa gente que te hace reír siempre. Y me gusta la música y la comida del lugar, y luego hasta se arma el karaoke y me animo a cantar, yo creo que en mis cinco sentidos no me subía a hacer el ridículo.
	Al día siguiente me acuerdo de las cosas buenas de la fiesta	¿Qué piensas inmediatamente después de consumir?	Pienso que estuvo muy divertido, que beber me hace ser más sociable.
5. Consecuencias negativas inmediatas de la conducta de consumo	Aunque también he notado algunas cosas malas de beber.	¿Qué consecuencias negativas o desagradables tienes después de consumir?, ¿Qué pasa después de que consumes?	Luego sí gasto mucho dinero, y si es quincena peor, porque me da por invitar las rondas de tequila.
	He tenido problemas con algunas personas	¿Has tenido problemas con otras personas?	La última vez tuve una discusión muy fuerte con mi novia porque ya llegué bien tarde y se pone peor que mi mamá. Además que al día siguiente tenía que pagar la renta y ya con lo que gasté, ni dinero tenía.
	Me han pasado otras cosas por beber	¿Te ha pasado algo desagradable después de haber consumido? / ¿Has tenido algún accidente?	También me ha parado el alcoholímetro, pero le di una mordida al poli y me dejó ir.
	Me he sentido mal después de beber	¿Cómo te sientes al día siguiente?	A veces bromeo con mis amigos de que ya estoy ruco, porque la cruda me da bien feo. Al día siguiente me siento bien

			mal, me duele un buen la cabeza y ando vomite y vomite.
6. Consecuencias positivas a largo plazo de la conducta consumo	He tenido muchas cosas buenas por beber.	¿Qué consecuencias a largo plazo has tenido por el consumo?	Me siento bien de salir con esos amigos, porque todo el mundo los ubica, y así he conocido a mucha gente, incluso a mi novia la conocí ahí.
7. Consecuencias negativas a largo plazo de la conducta de consumo	Me asusta lo que pueda pasar si sigo bebiendo.	¿Has tenido problemas económicos?	Ya siento que gasto mucho dinero y he fallado con mi parte de la renta. Mi novia la ha tenido que poner toda algunos meses. Luego se lo pago, pero al momento sí es un problema.
	Me dan miedo las consecuencias en mi trabajo	¿Has tenido problemas en el trabajo?	Ya también he tenido problemas en el trabajo, porque los viernes a veces me he ido antes de mi hora y luego el jefe me busca y yo ya estoy muy feliz en Coyoacán.
	Me preocupa mi salud	¿Has tenido problemas de salud?	Hace poco fui al doctor y ya me dijo que tenía gastritis, me recetó unos medicamentos bien caros.
PLAN DE ACCIÓN			
8. Programa estímulos externos de la abstinencia	Podría hacer algo para no consumir.	¿Qué puedes hacer antes del viernes para evitar consumir?, ¿Qué se te ocurre que puedes planear para no consumir?	Lo que puedo hacer es un plan el viernes con mi novia. La puedo invitar al cine.
9. Programa estímulos internos disparadores de la abstinencia	Podría pensar algo para ayudarme a no consumir.	¿Qué podrías pensar, que te ayude a no consumir?	Con ese plan ya pensaría que tengo un compromiso con ella y que no puedo fallar.
	Creo que me sentiría bien si no consumo	¿Cómo crees que te vas a sentir antes de llevar a cabo este plan?	Me sentiría tranquilo, porque evitaría los problemas con ella y no gastaría tanto dinero. A lo mejor me siento ansioso de no ir con Mario y Carlos, pero a veces me funciona cuando estoy así, ponerme mis audifonos y escuchar música.
10. Programa conductas alternativas al consumo	Podría hacer algo específico para no consumir	¿Qué puedes planear para no consumir?, ¿Cuándo lo vas a hacer?, ¿Cómo?, ¿Con quién?, ¿En dónde?	Voy a invitar a mi novia al cine el viernes, compraré los boletos desde el miércoles por internet y le voy a pedir que pase por mí al trabajo, como a las 4 que es a la hora que me puedo salir.
11. Programa conductas específicas para enfrentar obstáculos	Si eso no me sale, puedo pensar en otra opción.	¿Qué harías si tu plan no funciona? / ¿Qué harías si tu novia no quiere ir al cine?	Si mi novia me dijera que no a lo del cine, pues le propondría otra cosa, como ir a cenar, o algo que ella quiera y ya si no, pues creo que iría a ver a mi hermano, que acaba de tener un bebé y casi no veo a mi sobrino.

	Mis amigos pueden ser muy insistentes.	¿Qué harías si tus amigos te insisten?	Si mis amigos me insistieran, les diría que ya tengo un plan o lo de la gastritis, incluso creo que tengo que hablar con ellos para decirles que ya no quiero ir a beber cada ocho días.
	A veces ya salgo bien tarde del trabajo.	¿Qué harías si no te puedes salir temprano del trabajo?	Si por algo no pudiera salir del trabajo a tiempo, pues le aviso a mi novia para que me espere y si no alcanzamos a ir al cine, la invite a cenar.
12. Programa consecuencias positivas inmediatas a las conductas alternativas al consumo	Creo que si no tomara los viernes, me podría ir mejor.	¿Qué consecuencias positivas o agradables inmediatas crees que obtendrías de realizar este plan?	Si lo logro, me voy a sentir muy bien, primero porque mi novia sentiría que sí quiero estar con ella, es que a veces me reclama que prefiero ir a beber con mis amigos), no gastaría tanto dinero como cuando bebo, no me regañarían en el trabajo por escaparme, me sentiría tranquilo de saber qué puedo hacer otra cosa en viernes que no sea tomar.
13. Programa consecuencias positivas a largo plazo a las conductas alternativas al consumo	Creo que si no consumo, a la larga tendré muchos beneficios.	¿Qué consecuencias positivas o agradables a largo plazo crees que obtendrías de la abstinencia?	Pues estaría mejor con mi novia, nos llevaríamos mejor, también creo que, si empiezo a ahorrar lo que me gasto en alcohol, a fin de año podría hacer un viaje a Guadalajara a ver a la familia que tengo allá, no he ido porque no me alcanza. Ah y también mejoraría lo de la gastritis, porque sí me dijo el doctor que en parte era por beber.

Anexo 2. Lista Cotejable de habilidades y actitudes del profesional de la salud.

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

	Área	Reactivo	Calificación	Porcentaje
Habilidades	Indaga	1, 2		
	Dialoga	3, 9, 10, 13		
	Establece metas	4, 5, 6, 8, 11, 12, 14		
	Acompaña	7, 23, 24, 25, 26		
	Retroalimenta	15, 16, 18, 19, 20, 21, 22		
	Seguimiento	17, 27, 28, 29		
Actitudes	Empatía	3, 5, 6, 7, 9		
	Comunicación	8, 10, 11, 12, 13		

Anexo 3. Lista Cotejable del nivel de implementación de los principios básicos por el terapeuta.

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

	j) Escolares/Laborales	0	1	2	3	
	k) Legales	0	1	2	3	
	l) Salud	0	1	2	3	
	Fórmula	(Solís)/24	(Solís)/24	(Solís)/24	(Solís)/24	(+N*100)/72
	PORCENTAJE/TOTAL	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
PROGRAMACIÓN DE CONDUCTA ALTERNATIVA AL CONSUMO						
8. Programa estímulos externos para abstinencia	a) Situación	0	1	2	3	
	b) Lugares	0	1	2	3	
	c) Personas	0	1	2	3	
	d) Días	0	1	2	3	
9. Programa de estímulos internos para la abstinencia	a) Sensaciones físicas	0	1	2	3	
	b) Pensamientos	0	1	2	3	
	c) Emociones	0	1	2	3	
10. Programa de conductas alternativas al consumo		0	1	2	3	
11. Programa otras conductas alternativas para enfrentar obstáculos		0	1	2	3	
12. Establece consecuencias positivas a largo plazo a las conductas alternativas al consumo		0	1	2	3	
	Fórmula	(Solís)/10	(Solís)/10	(Solís)/10	(Solís)/10	(+N*10)/30
	PORCENTAJE/TOTAL	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %