



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
ANÁLISIS EXPERIMENTAL DEL COMPORTAMIENTO

**ANÁLISIS MICROGENÉTICO DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE
INTERVENCIONES BREVES EN ADICCIONES EN ESCENARIOS CLÍNICOS**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLIGÍA

PRESENTA:
VIOLETA FÉLIX ROMERO

DIRECTOR
DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

COMITÉ TUTOR
DR. CARLOS SANTOYO VELASCO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

DRA. MARCELA ALEJANDRA TIBURCIO SAINZ
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

DRA. KALINA ISELA MARTÍNEZ MARTÍNEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX.

NOVIEMBRE, 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Psicología por ser mi casa y mi fuente de crecimiento profesional.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por haberme brindado el apoyo necesario (363850/245372) para realizar este posgrado.

A la Dra. Silvia Morales Chainé por acompañarme en este camino y siempre darme la luz, el ejemplo y la motivación para seguir aprendiendo.

A mis tutores, Dr. Carlos Santoyo Velasco, Dra. Marcela Alejandra Tiburcio Saíz, Dra. Kalina Isela Martínez Martínez y Dra. Lydia Barragán Torres, por toda la guía y la oportunidad de aprender tanto de ustedes y mejorar profesionalmente.

A mi hermosa familia por su apoyo y amor incondicional. Gracias infinitas.

A mis amigos por escuchar, compartir y hacer el camino más ligero.

Al maravilloso equipo de estudiantes y colegas que participaron en la implementación de este trabajo capacitando, evaluando y supervisando. Su trabajo y aportaciones son invaluable.

A los profesionales de la salud y personas atendidas que participaron compartiendo su vida profesional y personal. Gracias por la confianza y por hacer este trabajo posible. Hemos aprendido de ustedes, sus logros permanecerán siempre plasmados aquí.

Índice

Resumen	4
Abstract	5
Introducción.....	6
Breve panorama epidemiológico del consumo de sustancias.....	7
Teorías y modelos explicativos de las conductas adictivas.....	9
Intervenciones basadas en evidencia para el tratamiento de las adicciones	19
Proceso de traslación: Implicaciones en la práctica profesional	32
Análisis de la conducta del profesional de la salud.....	54
Sistemas dinámicos y Diseños microgenéticos	63
Fase I. Entrenamiento del profesional de la salud.....	69
Método	69
<i>Objetivo específico</i>	69
<i>Participantes</i>	69
<i>Instrumentos</i>	69
<i>Procedimiento</i>	70
Resultados Fase I.....	74
Fase II. Análisis de la interacción del profesional de la salud con la persona atendida.....	81
Método	81
<i>Objetivo específico</i>	81
<i>Participantes</i>	81
<i>Instrumentos</i>	81
<i>Procedimiento</i>	82
Resultados Fase II.	85
Discusión.....	104
Referencias.....	133
Anexos.....	133

Resumen

El nivel en que los profesionales de la salud adaptan las intervenciones basadas en evidencia y su relación funcional con el cambio en la conducta de la persona atendida hace necesario identificar qué procedimientos específicos promueven el logro de las metas y la conclusión exitosa de la intervención. El objetivo del estudio fue evaluar la relación entre la abstinencia de la persona atendida y el nivel de implementación de procedimientos de intervención basados en principios del aprendizaje a través del análisis microgenético de su interacción en escenarios clínicos. Participaron 109 profesionales de la salud y 270 personas con nivel moderado de abuso de alcohol, marihuana o cocaína. Se empleó un sistema de observación directa de la interacción profesional-persona atendida, compuesto por una lista cotejable de niveles de implementación y registro secuencial de interacción. Los profesionales videograbaron cada sesión de intervención con las personas que se les asignó, previo consentimiento informado de estas, un supervisor experto registró y retroalimentó la ejecución del profesional en las sesiones de manera individual, vía correo electrónico. Los datos se analizaron con una perspectiva microgenética, observando el proceso de intervención. Los resultados mostraron que los procedimientos de a) establecimiento de metas de consumo, b) planeación de conducta alternativa y c) la promoción de ensayos conductuales, fueron predictores del egreso en abstinencia de la persona atendida, en tanto que la sensibilización y motivación, así como el establecimiento de meta de consumo, fueron predictores de la abstinencia. Se observaron variaciones del patrón conductual individual y de interacción a lo largo del proceso de intervención, lo que sugiere un proceso dinámico y la identificación de patrones efectivos en las distintas etapas de la intervención. Se discute el nivel mínimo de implementación de procedimientos requerida para promover la efectividad de la intervención, los patrones conductuales relacionados con esta y las implicaciones de los hallazgos en el proceso de traslación de principios conductuales en las intervenciones breves.

Palabras clave: implementación, intervenciones breves, adicciones, diseños microgenéticos, investigación traslacional.

Abstract

The level at which health professionals are implementing evidence-based interventions and their functional relationship with the change in substance use behavior makes necessary to identify which specific procedures are related to the achievement of the goals and the successful conclusion of the intervention. The study aimed to analyze the relationship between abstinence of the person treated and the level of implementation of procedures based on principles of learning through the microgenetic analysis of their interaction in clinical settings. 109 health professionals and 270 alcohol, marijuana or cocaine users, with a level of abuse, participated. A direct observation system of the professional-attended person interaction was used, consisting of a checklist of implementation levels and sequential interaction records. The professionals videotaped each session with their assigned persons, with the prior informed consent of the client and an expert supervisor registered and feedback the execution of the professional in the individual sessions, via email. The results showed that: procedures to set consumption goals, to plan alternative behavior and to promote role-playing were predictors of the successful conclusion of the brief intervention; and: awareness, motivation and the establishment of the consumption goal, were predictors of abstinence. Variation of individual behavioral pattern as well as of interaction happened throughout the intervention process, which accounts for a dynamic process and the possible identification of effective patterns at the different stages of the intervention. The minimum dose of implementation of procedures required to promote the effectiveness of the intervention, the behavioral patterns related to it and the implications of the findings in the process of translation of brief interventions are discussed.

Keywords: implementation, brief interventions, addictions, microgenetic designs, translational research.

Introducción

Los esfuerzos en nuestro país por combatir el problema de consumo de sustancias han resultado en discusiones polémicas sobre cuál es la mejor estrategia para desincentivar el consumo y desde qué perspectiva se debe abordar. Actualmente, el debate se encuentra orientado a las disyuntivas de legalizar o no determinada sustancia, de incrementar o no los impuestos sobre otras o bien, de castigar o no a las personas que consumen sustancias psicoactivas. Aún no se han clarificado los mecanismos para evaluar si estas estrategias impactarán en la reducción del consumo o en el retraso de la edad de inicio del mismo, ni se ha asegurado la pertinencia de su implementación considerando las características contextuales de nuestro país.

Por otro lado, aunado a las políticas públicas que se encargan de regular la producción, venta y distribución de las sustancias psicoactivas, se encuentran las medidas de reducción de la demanda que tienen que ver con la perspectiva de salud. Profesionales de múltiples entidades como los que se insertan en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), participan activamente en la generación de investigación y conocimiento sobre los factores relacionados con el consumo de sustancias, así como las acciones que han resultado empíricamente más efectivas en cuanto a prevención y tratamiento se refieren. Además, en estas entidades se proporciona capacitación a otros profesionales de la salud para que cuenten con el conocimiento y habilidades necesarias para atender esta problemática.

El aspecto más importante del papel de los profesionales de estas instituciones es el desarrollo y disseminación de acciones de prevención y tratamiento basadas en la evidencia. La práctica basada en evidencia se encuentra dirigida a determinar qué tipo de tratamiento y componentes del mismo resultan efectivos en la promoción de la abstinencia de las personas y la recuperación de aquellas que han desarrollado una dependencia a las sustancias. En el siguiente apartado se presenta el panorama epidemiológico del problema del consumo de sustancias, los supuestos teóricos que sustentan las intervenciones breves en adicciones, el proceso de traslación por el que estas han pasado y cómo se ha abordado metodológicamente el estudio de la conducta del profesional de la salud en su práctica cotidiana.

Breve panorama epidemiológico del consumo de sustancias

El consumo de sustancias psicoactivas representa un grave problema de salud pública en México. Se trata de un fenómeno dinámico cuya prevalencia, incidencia y patrones de consumo, se han ido modificando a lo largo del tiempo (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, 2017).

El riesgo a desarrollar una dependencia comienza cuando una persona consume una sustancia psicoactiva por primera vez. Esta sustancia es conocida como “droga de inicio”. De acuerdo con el Sistema de Reporte de Información en Drogas (Ortiz, Martínez, & Meza, 2016), los dos principales motivos de las personas para iniciar el consumo son la curiosidad (34%) y la experimentación (23.4%). En México, el alcohol es la principal droga de inicio, reportada por el 45.8% de las personas que acuden a solicitar ayuda especializada, seguida de tabaco mencionada por el 28.7% y la mariguana, referida por el 14.8%; siendo los 14.7 años la edad promedio de inicio del consumo de acuerdo a la información recabada en Centros de Tratamiento (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones [SISVEA], 2016). De acuerdo con la información recolectada en hogares, las personas comienzan a consumir sustancias en promedio, a los 17.9 años (ENCODAT, 2017). Sin considerar al alcohol y al tabaco, las sustancias utilizadas para iniciar el consumo son la mariguana, en el 6% de las personas, e inhalables en el 3.3%, de acuerdo con la información registrada en hogares (ENCODAT, 2017); y mariguana (14.8%), inhalables (4.6%) y cocaína (2.6%), de acuerdo con la información obtenida en centros de tratamiento (SISVEA, 2016).

De las personas que asisten a tratamiento y reportaron el alcohol como droga de inicio, el 66% consumieron una segunda droga: tabaco (43.8%), mariguana (25.4%) y cocaína (12.7%); y de ellos, el 64.9% consumieron una tercera droga: mariguana (33%), cocaína (23.5%) y cristal (12.3%). Si la droga de inicio reportada por las personas fue el tabaco, el 97.4% de ellas consumieron una segunda droga: 63.9% alcohol, 24.3% mariguana y 3.9% inhalables; y de ellas, 83.2% consumieron una tercera droga: 39.1% marihuana, 17.5% cocaína y 15.2% alcohol. Cuando la droga de inicio reportada fue mariguana, el 89.2% de las personas indicó el consumo de una segunda sustancia (alcohol 27.7%, cristal 18.1% y cocaína 16.7%); y de ellas, el 72.7%, reportó consumir, posteriormente, una tercera sustancia, siendo las más frecuentes la cocaína (22.6%), el alcohol (21.1%) y el cristal (17.2%; SISVEA, 2016).

La droga que genera más problemas en una persona y que la motiva a pedir atención es la “droga de impacto”. La droga de impacto para adultos que solicitan atención más frecuente en México, de acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA, 2016) es el alcohol (33%), seguida del cristal (15.2%), cocaína (14.9%) y la marihuana (12.6%). En promedio, el consumo de la droga de impacto se inicia posteriormente a la droga de inicio, siendo la media 17.9 años.

De acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (2016), el 74.5% de las personas consigue la sustancia en lugares de distribución, el 7.2% con algún familiar o amigo y el 5.8% se la llevan a su casa, sin embargo, la vía pública es el lugar donde más se consumen la sustancias psicoactivas (45.2%).

Las personas que consumen sustancias psicoactivas suelen acudir a un servicio de atención, motivados por las consecuencias de su consumo. Los problemas más frecuentes reportados por las personas como detonantes del consumo y derivados del mismo son: “Familiares”: 76.6% y 84.7% respectivamente; “Nerviosos-Mentales” 6.9 % y 40.6%; “Académicos”: 34.4% y 47.2% y “Psicológicos”: 15.6% y 40.1% (Ortíz et al., 2016).

Con relación al tipo de atención que reciben las personas que acuden a un servicio por el consumo de sustancias, destacan los anexos (32.4%), seguido de tratamiento por desintoxicación (24.8%) y tratamiento psiquiátrico (13.2%; ENCODAT, 2016).

Dada la magnitud de la demanda de tratamientos efectivos para los problemas por consumo de sustancias psicoactivas, cobra relevancia la necesidad de acciones efectivas que pongan a disposición de las personas que solicitan atención, opciones de intervención que partan del entendimiento claro de los principios que subyacen al comportamiento adictivo y, por tanto, de las mejores estrategias para asegurar el logro de metas en las intervenciones.

Teorías y modelos explicativos de las conductas adictivas.

El surgimiento, mantenimiento y suspensión de la conducta de consumo se explican a partir de los principios básicos que rigen el comportamiento de los organismos. En el presente apartado se exponen las diversas teorías que, basadas en evidencia empírica, dan cuenta de aquellos aspectos que son centrales de considerar en la comprensión del fenómeno del comportamiento adictivo y para el desarrollo de estrategias de intervención que permiten, por un lado, prevenir la aparición de conductas adictivas en los individuos, y por el otro, intervenir con personas que ya presentan algún nivel de consumo.

Se abordarán, a continuación, las principales teorías con respecto a los procesos básicos que intervienen en el inicio, desarrollo y mantenimiento del consumo de una sustancia y que interactúan en la explicación de las conductas adictivas.

Aprendizaje de las conductas adictivas.

El aprendizaje es un proceso biológico que facilita la adaptación al ambiente. Se trata de un cambio duradero en los mecanismos de la conducta donde se ven involucrados estímulos y/o respuestas específicos y que es resultado de la experiencia previa con otros similares. La función primordial de la capacidad de aprender es adaptarse a un entorno cambiante. Existen diversos mecanismos de aprendizaje a través de los cuales se adquiere una conducta, uno de ellos es el condicionamiento clásico que implica la asociación entre dos estímulos. Un estímulo que previamente no estaba relacionado con la conducta del individuo, llega a ser capaz de producir una respuesta refleja, gracias al apareamiento continuo. Otro tipo de aprendizaje es el condicionamiento instrumental u operante. Mientras que el condicionamiento clásico implica respuestas automáticas relacionadas con el sistema nervioso autónomo, el condicionamiento instrumental implica conducta operante donde el sistema musculoesquelético interviene para realizar la conducta (Emmelkamp & Vedel, 2012). El consumo de sustancias psicoactivas es una conducta que se aprende y que puede ser explicada a partir de estos mecanismos.

Condicionamiento clásico.

En lo referente a condicionamiento clásico, existen dos procesos de particular relevancia para el entendimiento del consumo de sustancias: habituación y sensibilización. La habituación y sensibilización se presentan con el consumo repetido de sustancias. Mediante estos dos procesos,

la persona aprende a seleccionar o “filtrar” la estimulación constante del ambiente. La habituación permite explicar el hecho de que no se le preste mayor atención a alguno de los aspectos sensoriales constantes del consumo de la sustancia, su olor, sabor, o a las consecuencias corporales, aunque, de hecho, éstas sigan ocurriendo, pues lo que cambia es la intensidad de la respuesta al estímulo, pero no la sensación (Siegel, 1989). Si el uso de la droga se interrumpe por un largo periodo de tiempo se habla de una “deshabitación”, donde se presenta un regreso de las respuestas originales a la sustancia, por ejemplo de desagrado. Las adaptaciones gustativas y de otra índole sensorial producen un cambio en el gusto de la sustancia; el resultado es que, a diferencia de las primeras experiencias, el proceso de habituación permite un consumo más agradable, o por lo menos, menos desagradable a juicio de la persona que consume.

Con respecto a las implicaciones de la habituación en el tratamiento de los consumidores de sustancias, es importante señalar que la disminución de la respuesta a aspectos irrelevantes de la sustancia, por su uso repetido, facilita el abuso del consumo. Sin embargo, el resultado de la habituación, dejar de responder a algunos aspectos de la estimulación, es reversible. Se observa que al aumentar los periodos de abstinencia, es decir, el tiempo entre dos consumos, se pierde el efecto de la habituación. Entre más prolongada sea la abstinencia ocurre una readaptación aprendida y será más difícil volver a consumir. También es posible observar la pérdida de la habituación cuando se agrega nueva información en la situación de consumo, si cambia el escenario donde usualmente se consume la sustancia; La persona puede responder con un estado de alerta general, motivado por los nuevos estímulos y le volverá a dar importancia, en alguna medida, a las sensaciones originales de la droga.

Por otro lado, la sensibilización es el proceso opuesto de respuesta a los estímulos ocasionada por la exposición repetida a una sustancia. En este caso, la respuesta aumenta a algunos aspectos de la estimulación sensorial, cuando el consumo se experimenta de manera repetida (Siegel, 1989). Por ejemplo, los efectos inmediatos del consumo pueden ser reportados por la persona como extremadamente satisfactorios. La respuesta a la estimulación aumenta con cada nueva experiencia. Igual que en el proceso de habituación, en la sensibilización se supone una selección o filtro de ciertos aspectos sensoriales de la sustancia, comúnmente los más relevantes o llamativos, tales como las sensaciones corporales inmediatas, casi siempre agradables. Además, con cada nueva experiencia la persona se sensibiliza cada vez más a los

aspectos más placenteros de la droga, por lo que el proceso de la sensibilización facilita el consumo frecuente de la sustancia, y se forma una expectativa del efecto (cognitiva y conductualmente) que regula el consumo repetido. La desensibilización a la estimulación repetida de la sustancia ocurre al aumentar el lapso entre dos consumos, es decir, extendiendo la abstinencia.

Modelo de condicionamiento de tolerancia a la droga.

El papel del condicionamiento clásico en el desarrollo de la tolerancia a la droga que suele acompañar a la dependencia se ha examinado ampliamente (Siegel & Ramos, 2002). Se habla de tolerancia a una droga cuando su consumo repetido tiene cada vez menos efecto. Tradicionalmente se consideraba que la tolerancia a la droga era el resultado de procesos farmacológicos. Sin embargo, hay evidencia que indica que la tolerancia puede ser resultado del condicionamiento pavloviano de procesos compensatorios homeostáticos. Esta perspectiva desarrollada por Shepard Siegel y otros investigadores, se conoce como el modelo del condicionamiento de la tolerancia a la droga (Siegel & Ramos, 2002).

En el modelo de condicionamiento se sostiene que cada episodio de consumo de droga es un ensayo de condicionamiento y se basa en la idea de la homeostasis aprendida. De acuerdo con esta idea, la aplicación de una droga psicoactiva ocasiona cambios fisiológicos que interrumpen la homeostasis. A su vez, esos cambios fisiológicos contrarrestan la alteración. Por medio del condicionamiento pavloviano, los estímulos que acompañan a la aplicación de la droga se condicionan para provocar esos ajustes compensatorios. Dado que las respuestas condicionadas contrarrestan los efectos de la sustancia, su impacto se reduce, lo que resulta en el fenómeno de la tolerancia a la droga (Siegel & Ramos, 2002).

En el modelo de condicionamiento de tolerancia a la droga se atribuye la tolerancia a respuestas compensatorias que se condicionaron a los estímulos ambientales asociados con el consumo del fármaco. Una predicción fundamental de este modelo es que la tolerancia se verá disminuida si los participantes consumen la droga en circunstancias novedosas o en ausencia de las señales predictivas del consumo (Siegel & Ramos, 2002).

Deseo de consumo o apetencia por la sustancia.

Bajo el modelo de condicionamiento clásico, el fenómeno conocido como regosto, deseo, apetencia o antojo por la sustancia (del inglés “craving”), surge debido a un repetido apareamiento de un estímulo ambiental con los efectos de la droga (Drummond, 1990).

Los estímulos condicionados clásicamente son parcialmente responsables de la aparición del antojo. El antojo, definido como el deseo intenso de consumir una sustancia, es elicitado como una reacción a los estímulos relacionados con la droga, por ejemplo, la parafernalia usada para su consumo, señales ambientales como el lugar o las personas, etc. Estos estímulos son llamados señales y la reactividad que estas señales elicitán son consideradas generalmente como respuestas condicionadas (Drummond, 1990).

Siegel (1983) sugirió que las señales pueden servir como un estímulo condicionado para una respuesta compensatoria (en dirección opuesta al efecto incondicionado de la droga, o incluso en el mismo sentido) que compensa la inminente respuesta incondicionada a la droga. Esta respuesta compensatoria podría ser un estado aversivo que se puede interpretar como antojo. El paradigma de reactividad a las señales, sostiene que un estímulo se aparea con la administración de la droga (por ejemplo, ver las agujas, la visita de alguien con quien se suele consumir, el olor del alcohol, etc.) y también con estados de ánimo (ansiedad, enojo, depresión) que se convierten en estímulos condicionados y después son capaces de elicitar antojo condicionado en la ausencia de la administración de la droga (estímulo incondicionado).

El antojo también se ve reflejado en indicadores psicofisiológicos (respuesta galvánica y temperatura de la piel, tasa cardiaca y salivación). Más recientemente, se han encontrado cambios regionales del flujo sanguíneo en áreas específicas del cerebro que están asociadas con el antojo (Goldstein & Volkow, 2002).

Actualmente, los aspectos cognitivos del antojo han sugerido que la información concerniente al uso de drogas reside en las redes de memoria. Cuando la persona se prepara para el consumo (parafernalia, señales contextuales, etc.), estas redes activan información relacionada con el consumo, incluyendo los efectos esperados de la sustancia y las emociones generadas por el consumo (Emmelkamp & Vedel, 2012).

Drummond (2001) ha propuesto que el antojo elicitedo por una señal (como respuesta a un estímulo ambiental), es diferente del antojo elicitedo por la abstinencia (antojo que forma parte de un síndrome de abstinencia incondicionado), y por tanto, propone que el antojo elicitedo por una señal puede ser mejor predictor de una recaída que el antojo natural elicitedo por la abstinencia, dado que la recaída puede ocurrir solamente en situaciones de disponibilidad de la droga, donde están presentes las señales consideradas como estímulos condicionados.

Un estímulo que precede la dosis de la droga puede entonces precipitar la reacción de defensa denominada “reacción compensatoria”, cuando se espera el efecto de la droga (Siegel & Ramos, 2002), el cual sirve para mantener este sistema interno de regulación como una respuesta al desafío farmacológico. La escalada del uso experimental a un nivel de abuso o dependencia se explica por la fortaleza del vínculo del aprendizaje asociativo entre el estímulo incondicionado y el estímulo condicionado que incrementa la intensidad de la respuesta compensatoria. Las respuestas compensatorias que ocurren en ausencia de la droga pondrán al individuo en un estado de desequilibrio e inducirán los síntomas de abstinencia (West, 2005).

Teoría de los procesos oponentes.

En esta teoría planteada por Solomon en 1980 se afirma que el efecto reforzante de una droga, debido a su uso repetido está mediado por procesos oponentes que tienen una función homeostática. La idea central del Modelo de Procesos Oponentes es que nuestro sistema nervioso central trabaja para mantener un balance hedónico (homeostasis). De acuerdo con esta teoría, se dispara el proceso primario “A” por un estímulo (la sustancia en el organismo). Un “bucle oponente” genera un proceso secundario “B”, el cual tiene un efecto opuesto al disparado por el estímulo de entrada (Solomon & Corbit 1973; Solomon, 1980).

Los procesos A y B se combinan para crear el estado de experiencia placentera. La experiencia inicial dominada por el proceso A se llama Estado A y la subsecuente experiencia en la que el proceso B domina, se llama Estado B. El proceso oponente B se activa indirectamente vía la activación del proceso A. El proceso oponente puede activarse por eventos en la memoria y como una consecuencia de condicionamiento pavloviano.

El patrón temporal de estados A y B tiene características distintivas (West, 2005): Un pico del proceso primario A, precipitado por el comienzo de un estímulo (consumo de la sustancia);

un periodo de adaptación durante el cual, la intensidad de los efectos de la sustancia disminuyen, aunque la intensidad del estímulo se mantenga; un nivel estable del proceso primario A, el cual continua tanto como la intensidad del estímulo se mantenga; y un pico del estado secundario B, el cual rápidamente sigue a la terminación del estímulo y su calidad es diferente hedónicamente de la del estado primario A.

El proceso oponente se fortalece por el uso de la droga y se debilita por la abstinencia, mientras que el proceso primario no se afecta por el uso. Un Proceso B adquirirá mayor poder si se elicitaba frecuentemente. Mostrará una latencia de respuesta más corta que el proceso A, un aumento rápido, una asíntota más alta y un periodo de decaída más largo, conforme el uso de la sustancia es más frecuente. En contraste, un proceso A es relativamente más estable, debido a que se trata de una reacción incondicionada. La abstinencia debilita el proceso B y debería regresar a su magnitud original siempre que el proceso A no haya ocurrido por largo tiempo. Los estados aversivos manifestados después de la terminación repentina del consumo de sustancias, se vuelven más intensos con el aumento de la frecuencia de consumo (West, 2005).

A través del paradigma de condicionamiento clásico, es posible entender las respuestas fisiológicas e involuntarias relacionadas con el consumo de sustancias. Factores como el antojo, la habituación y sensibilización, son de suma importancia para comprender el consumo y por tanto deben ser considerados en la intervención con las personas que consumen.

Condicionamiento operante.

El proceso de condicionamiento juega un papel significativo en la etiología y desarrollo de las conductas adictivas y los trastornos por consumo de sustancias. Las conductas adictivas son consideradas como hábitos aprendidos que son reforzados mediante recompensas, de acuerdo con los principios del condicionamiento operante. Las sustancias adictivas estimulan el centro del placer en el cerebro, este provee reforzamiento positivo por el uso de la sustancia (Emmelkamp & Vedel, 2012).

El abuso de sustancias también es reforzado porque aminora sensaciones displacenteras, es decir, por reforzamiento negativo. El consumo de alcohol o de algunas drogas reduce ansiedad y tensión, en ocasiones subsecuentes, es probable que cuando el individuo experimente estrés o ansiedad, consuma la sustancia para aliviar la sensación (Emmelkamp & Vedel, 2012). Los

principales procesos, derivados del condicionamiento operante, que explican el consumo de sustancias son el reforzamiento y el castigo (Vouchinich & Simpson, 1998).

Las drogas psicoactivas son aquellas cuyos efectos reforzantes son tan potentes que algunas personas que son expuestas a ellas difícilmente la consumen una única vez, sino que repiten el consumo, y llegan a organizar su vida en función de su consumo. Si una persona consume regularmente ciertas sustancias psicoactivas, se produce tolerancia a los efectos de las sustancias y la persona consumirá dosis crecientes para alcanzar el mismo efecto. Si la persona suspende el consumo de las sustancias, aparecerán los efectos de la abstinencia, opuestos a los efectos básicos de la droga. Sin embargo, los efectos de la abstinencia no son los únicos factores asociados a la dependencia, el potencial de abuso que conlleva una droga también se relaciona con su capacidad para reforzar la conducta de consumo.

El refuerzo positivo tiene lugar cuando una conducta se sigue regularmente de un estímulo apetitivo (uno al que el organismo se acercará). La mayoría de las drogas psicoactivas producen refuerzo positivo: refuerzan la conducta de consumo de la droga. Cuanto más rápido sea el efecto de la droga, más rápidamente se establecerá la dependencia. Las drogas adictivas estimulan la liberación de dopamina en el núcleo accumbens, una estructura que tiene un importante papel en el refuerzo (Volkow, Fowler, Wang, & Swanson, 2004).

El refuerzo negativo ocurre cuando una conducta es seguida de una reducción o el cese de un estímulo aversivo. Si debido a su situación social o a factores emocionales, la persona siente malestar o ansiedad, una droga que reduzca estas sensaciones puede reforzar la conducta de consumo de droga por medio de refuerzo negativo. Asimismo, la reducción de los síntomas de abstinencia como efecto de una dosis de la droga indudablemente participa en que se mantenga la adicción a la droga (Volkow et al., 2004)

Descuento temporal

El concepto de descuento temporal es un supuesto derivado de la teoría de economía conductual que explica algunos aspectos del consumo de sustancias. Es el fenómeno en el cual un individuo elige una recompensa pequeña pero más inmediatamente disponible sobre una más demorada, pero de mayor magnitud. Desde un punto de vista, el valor subjetivo de las

recompensas demoradas es descontado por la persona hiperbólicamente con un parámetro de disminución constante (Bickel, Odum, & Madden, 1999).

Existen numerosos ejemplos del descuento temporal y alguna evidencia de diferencias individuales en la función de decrecimiento del valor subjetivo de la recompensa que sustentan una propensión a desarrollar patrones de comportamiento adictivo. En un estudio, el descuento de recompensas demoradas en personas con dependencia a los juegos de azar se comparó con el descuento en personas sin dicha adicción (Dixon, Marley, Jacobs, 2003) en una tarea de elección hipotética, en la cual los participantes hicieron elecciones repetidas entre mil dólares disponibles después de una demora (variable entre una semana a 10 años a lo largo de las condiciones) y una cantidad igual o menor disponible inmediatamente. Se calcularon los puntos de indiferencia entre la recompensa inmediata y la demorada en cada ensayo. Las personas con dependencia a los juegos de azar descontaron la recompensa demorada más rápidamente que el grupo control, favoreciendo la disponibilidad de la recompensa inmediata.

Los modelos anteriormente presentados, fundamentados en los paradigmas de condicionamiento operante, representan una explicación de los aspectos conductuales que constituyen el consumo de sustancias por las personas y proporcionan la oportunidad de comprender el fenómeno y a partir de ello, generar las estrategias pertinentes de prevención y atención.

Modelo transteórico de cambio conductual.

El modelo transteórico de cambio, propuesto por Prochaska y DiClemente (1982), explica el proceso de cambio de la conducta de una persona, a partir de la motivación que tiene para realizarlo, entendiendo por motivación como el estado presente de una persona o una etapa de preparación para el cambio. Desde este punto de vista, la motivación al cambio no es lineal sino un proceso espiral en diferentes etapas por las que una persona atraviesa cuando realiza cambios a un comportamiento problemático, como lo es el consumo de sustancias. De acuerdo con estos autores, en cualquier proceso de cambio la persona recorre el proceso varias veces antes de alcanzar un cambio estable. Una intervención debe utilizar diferentes tácticas con una persona, dependiendo del momento del proceso de cambio en que ésta se encuentre, ya que los problemas que se derivan de que las personas se resistan, surgen cuando el profesional está utilizando estrategias inadecuadas para la etapa real en el proceso de cambio.

Prochaska y DiClemente (1982), proponen seis etapas en la rueda de cambio: Precontemplación, Contemplación, Determinación, Acción, Mantenimiento y Recaída. La primera etapa que representa el punto de entrada del proceso de cambio, está caracterizado porque la persona aún no ha considerado que tenga un problema o que necesite introducir un cambio en su vida. Una persona que se sitúa en la etapa de precontemplación necesita información y retroalimentación, a fin de que pueda aumentar su conciencia del problema y la posibilidad de cambiar.

La siguiente etapa en el proceso de cambio es la Contemplación. Una vez que aparece un reconocimiento del problema, la persona entra en un periodo caracterizado por la ambivalencia, es decir, la persona contempladora considera y rechaza el cambio a la vez. La experiencia de la persona contempladora queda descrita como un tipo de oscilación entre las razones para cambiar y las razones para continuar comportándose de la misma manera. Una persona en etapa de contemplación, experimenta razones de preocupación o de falta de preocupación, motivaciones para cambiar o para seguir sin cambiar. De acuerdo con los autores, la tarea del profesional en esta etapa consiste en que la balanza se decante a favor del cambio.

Una vez que la persona se ha inclinado a realizar un cambio, entra a la etapa de Determinación. De vez en cuando la balanza se decanta a favor, y durante un periodo de tiempo los comentarios de la persona reflejan un buen grado de motivación al cambio. La tarea del profesional cuando una persona está en la etapa de determinación no es la de motivarle únicamente sino de aconsejarle el recurso terapéutico más adecuado, accesible, apropiado y efectivo.

La Acción, es la siguiente etapa en la rueda de cambio. Es la etapa en la que, con más frecuencia, las personas consideran la etapa de inicio de la terapia. La persona se implica en acciones que le llevarán a un cambio. El objetivo durante esta etapa es el de producir un cambio en el problema que se desea resolver.

Una vez que la persona se encuentra haciendo cambios en su conducta, llega a la etapa de Mantenimiento. El reto consiste en mantener el cambio conseguido en la etapa anterior y tratar de prevenir la recaída. Mantener un cambio puede requerir un grupo diferente de habilidades y estrategias de las que fueron necesarias para conseguir el cambio inicial.

Finalmente, existe una sexta etapa que los autores consideran parte del proceso de cambio y un estado natural del mismo. Si la recaída se produce, la tarea de la persona consiste en empezar a girar de nuevo alrededor de la rueda antes de permanecer inmóvil en dicha etapa. La tarea del profesional es ayudar a la persona a evitar el desconsuelo y la desmoralización, continuar el cambio inicialmente planteado, renovar la determinación, y poner de nuevo a punto los esfuerzos realizados para alcanzar las etapas de acción y de mantenimiento.

Considerando las explicaciones teóricas sobre el comportamiento adictivo y los procesos de cambio de este, se han desarrollado modelos de intervención que son administrados por profesionales de la salud y que incorporan los principios básicos del comportamiento en la aplicación clínica. En el siguiente apartado se presentan las características de las intervenciones breves para el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas.

Intervenciones basadas en evidencia para el tratamiento de las adicciones

Las intervenciones breves se definen como una serie de estrategias orientadas a identificar tempranamente los riesgos y daños asociados al consumo y conseguir la abstinencia o la reducción del consumo de sustancias psicoactivas, previniendo el desarrollo de una adicción (OMS, 2004; 2010). 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 (Bertholet, Daepfen, Wietlisbach, Fleming & Burnand, 2005; Kaner et al., 2009).

Una de las características más importantes de las intervenciones breves es que pueden implementarse en una gran variedad de escenarios y modalidades, por ejemplo, en forma individual o grupal, o en escenarios como clínicas, hospitales, escuelas, entre otros; son compatibles con otro tipo de tratamientos como el uso de fármacos; y son temporalmente breves y altamente enfocadas en la conducta meta de consumo y la reducción de los problemas asociados a éste (OMS, 2010).

En las intervenciones breves se asumen que la conducta de consumo de sustancias es aprendida a través de una combinación de condicionamiento clásico, operante y vicario (Carroll, Nich, & Rounsaville, 1998), en la que las personas primero aprenden a consumir mediante la observación de modelos que lo hacen, Paralelamente el condicionamiento clásico contribuye a la adicción cuando la sustancia es apareada repetidamente con estímulos ambientales como ciertas personas, lugares, objetos, tiempo, situaciones y estados de ánimo (Marlatt, 1985). A través del tiempo, estos estímulos pueden disparar el *craving* por la sustancia. Al mismo tiempo, los procesos de condicionamiento operante promueven que el individuo que experimenta efectos placenteros, repita el consumo para obtener dichos esos efectos. La anticipación a la sustancia puede crear un deseo muy fuerte o *craving* y consecuentemente la eliminación de éste, usando la sustancia, es un reforzador muy poderoso.

Los modelos cognitivo conductuales consideran la conducta adictiva como patrones adquiridos que son formados por aprendizaje y estos modelos además sostienen que esos patrones pueden cambiarse a través del desarrollo de habilidades (Marlatt, 1985).

Los principales componentes de las intervenciones en adicciones tradicionalmente son: el análisis funcional de la conducta, el control de estímulos, el manejo de *craving*, la solución de problemas y la planeación de actividades (Schuurmans, et al., 2006). A través del análisis funcional de la conducta de consumo el profesional de la salud ayuda a la persona a evaluar las determinantes de su conducta. En el procedimiento de control de estímulos se identifican los estímulos disparadores del consumo que pueden ser internos o externos, con la finalidad de cambiar los disparadores en el ambiente y trabajar en las opciones de evitación o cambio, por ejemplo: evitar pasar por esa calle, escuchar música diferente, deshacerse del alcohol de la casa, etc. En el procedimiento de manejo de *craving*, se asume que se trata de un estímulo que no se puede evitar o cambiar y entonces se aprenden estrategias para manejarlo (de distracción, cambio de pensamiento, relajación). Normalmente las respuestas de las personas se basan en impulsos o emociones que no siempre derivan en consecuencias positivas, por lo que es necesario contar con habilidades de solución de problemas, con la finalidad de disminuir el estrés y preocupaciones asociadas con los problemas cotidianos. También es frecuente que las personas que consumen sustancias tiendan a enfocar sus actividades en el consumo (búsqueda, intoxicación, recuperación), dejen de hacer otras actividades importantes y, cuando suspenden el consumo, no siempre tengan conductas alternativas. Por lo que el procedimiento de planeación de actividades consiste en incrementar el repertorio conductual de las personas y sus posibilidades de obtener reforzadores de las mismas.

Estructura de las intervenciones breves en adicciones.

En las intervenciones breves existe un programa estructurado cada sesión y los componentes se relacionan directamente con el uso de la sustancia; hay un monitoreo constante de la conducta de consumo a través de auto-registros y mediciones a través de marcadores biológicos. Generalmente se tratan de sesiones semanales de una hora organizadas en tercios (regla 20/20/20): 1. Evaluación de la conducta de consumo y funcionamiento general, 2. Entrenamiento y práctica de habilidades y 3. Plan para la semana (Carroll, 1998).

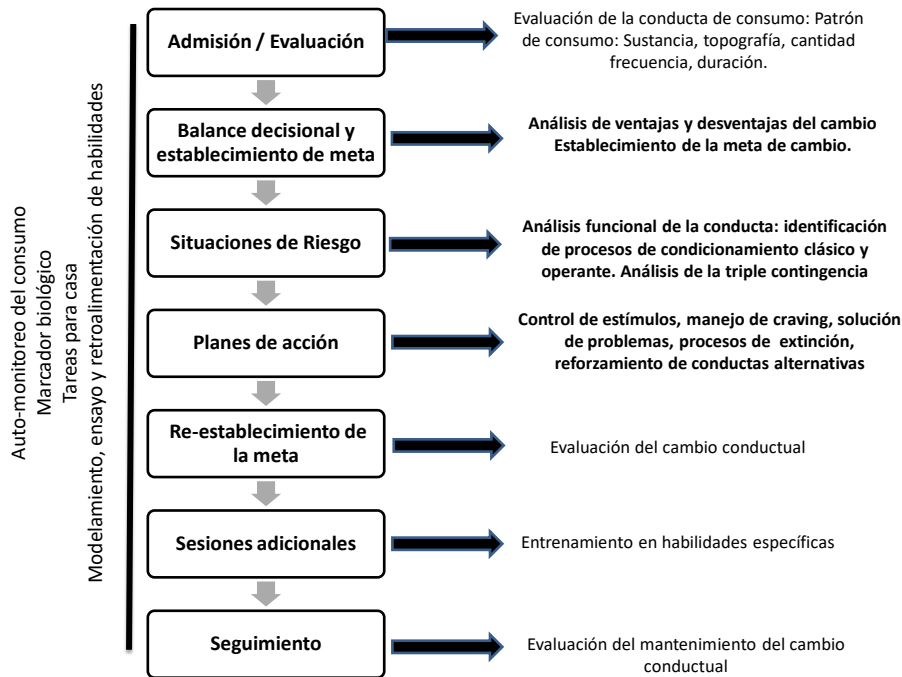


Figura 1. Estructura general de las Intervenciones Breves en Adicciones y los principios básicos que subyacen cada componente (CICAD-OEA, 2017).

En la Figura 1 se muestra la estructura tradicional de las intervenciones breves. La primera fase de la intervención está constituida por sesiones de Admisión y Evaluación en las cuales el trabajo predominante consiste en la identificación clara de la problemática y la evaluación del patrón de consumo, considerando el tipo de sustancia, la topografía de la conducta de consumo, la cantidad de administración, la frecuencia y la duración de la conducta; además, se identifica nivel de dependencia, situaciones precipitadoras, nivel de autoeficacia y nivel de disposición al cambio, entre otros.

En la siguiente sesión, denominada tradicionalmente Balance Decisional, se realiza un análisis de ventajas y desventajas del consumo de sustancias y de la abstinencia con la finalidad de generar en la persona una disonancia cognitiva que la lleve a considerar el cambio y aumentar su motivación y compromiso al respecto. Al mismo tiempo, se establece la conducta meta de la intervención.

Posteriormente se trabaja con el análisis funcional de la conducta de consumo, identificando procesos de condicionamiento clásico y operante que se han desarrollado a partir

del consumo repetido, con la finalidad de que la persona sea capaz de identificar los estímulos precipitadores de su conducta, así como las consecuencias que la mantienen.

En una sesión posterior, a partir del análisis funcional de la conducta de consumo, se trabaja con estrategias de control de estímulos, a partir del manejo de *craving*, solución de problemas y actividades planeadas, con la finalidad de modificar los estímulos precipitadores de la conducta a partir de procesos de extinción, discriminación, generalización, habituación y sensibilización, entre otros, así como el reforzamiento de conductas alternas al consumo de sustancias.

Finalmente se realiza una evaluación posterior a la intervención y seguimiento del cambio conductual, con la finalidad de asegurar el mantenimiento y la generalización de la abstinencia. Transversalmente, a lo largo de toda la intervención existe un monitoreo constante de la conducta de consumo a través de auto-registros y antidoping, así como tareas a casa con la finalidad de que la persona practique en escenarios naturales, lo aprendido en las sesiones. Aunado a eso, se explica, modela, ensaya y retroalimenta cada habilidad en cada una de las sesiones.

Características de las Intervenciones breves en adicciones

Actualmente se han desarrollado múltiples intervenciones para combatir la problemática que representa el consumo de sustancias. Dichas intervenciones están basadas en los principios que explican el comportamiento humano; la mayoría de ellas surgen a partir del conocimiento generado empíricamente con respecto a cuáles son las técnicas, estrategias y componentes más efectivos para que una persona disminuya o cese su consumo de sustancias adictivas.

En las organizaciones de salud se han dado a la tarea de definir y establecer criterios claros sobre lo que conforma un tratamiento en el campo de las adicciones. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) un tratamiento se considera 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. En este mismo sentido, 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 sus familiares.

En general, los tratamientos para las personas consumidoras de sustancias se pueden clasificar, de acuerdo a sus características de varias maneras. 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 del tratamiento ambulatorio, las intervenciones más empleadas son las llamadas intervenciones breves. Las intervenciones breves se han recomendado por la OMS (2004) para la prevención de problemas de salud y reducción del daño ocasionado, en este caso, por el uso de sustancias. La principal característica de las intervenciones breves, es el número de sesiones que se emplean para tratar el problema, aunque no existe un número determinado de sesiones. Con este tipo de intervenciones se puede proporcionar atención inmediata, como una forma de tratamiento inicial para personas en riesgo, o de manera complementaria en tratamientos más complejos.

Dentro de los tratamientos breves, aquellos con enfoque cognitivo conductual y que emplean la entrevista motivacional, han sido eficaces en el empleo de estrategias que logran cambios importantes en el comportamiento, motivando a la persona a tomar decisiones y a adoptar cambios para dejar de usar drogas y mantenerse en el tratamiento (OMS, 2004).

De acuerdo con el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA, 2009), las intervenciones breves son útiles y pertinentes, porque son compatibles con otros tratamientos que puede recibir la persona, como los de corte médico; lo que los hace eficaces para tratar adicciones, tanto en ambientes ambulatorios como residenciales.

Existe una serie de principios a considerar para que un tratamiento en adicciones sea efectivo (NIDA, 2009): (1) la adicción es una enfermedad compleja pero tratable que afecta el funcionamiento del cerebro y la conducta; (2) No hay un solo tratamiento que sea efectivo para todas las personas. (3) El tratamiento debe estar accesible rápidamente. (4) Un tratamiento efectivo atiende múltiples necesidades de la persona, no solo su abuso de sustancias. (5) Permanecer en el tratamiento un adecuado periodo de tiempo es crítico para su éxito. (6) La

terapia conductual individual o grupal es la forma más común de tratamiento en abuso de sustancias. (7) La medicación es un elemento importante en el tratamiento de muchas personas, especialmente cuando se combina con la terapia conductual. (8) El plan de tratamiento y servicio individual debe ser constantemente evaluado y modificado de ser necesario para asegurar los cambios necesarios. (9) Muchas personas que consumen sustancias psicoactivas presentan también trastornos mentales que deben ser considerados en el tratamiento tanto médico como psicológico. (10) La desintoxicación es solo el primer paso en el tratamiento de la adicción y por sí sólo no genera cambios de comportamiento a largo plazo. (11) El tratamiento no siempre es voluntario cuando resulta efectivo. (12) El consumo de sustancias debe monitorearse continuamente durante el tratamiento. (13) Los programas de tratamiento deben evaluar la presencia de VIH, hepatitis B y C, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas en las personas, así como proveer de consejo sobre reducción del daño para ayudarlas a modificar el comportamiento que las pone en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad infecciosa.

La mayoría de las intervenciones breves, consideran los principios anteriores y se basan en el enfoque cognitivo conductual, el cual tiene como premisa el proceso de aprendizaje, visto como un elemento básico para el desarrollo de una adicción. Estos mismos procesos de aprendizaje podrían utilizarse para ayudar a las personas que consumen a reducir el uso de drogas y enfrentar exitosamente cualquier posibilidad de recaída. Mediante este tratamiento se busca ayudar a las personas a reconocer, evitar y enfrentar los precipitadores al consumo, aprender a manejar eficazmente una serie de problemas y conductas relacionadas con el abuso de la droga, y manejar sus contingencias de consumo y de no consumo (Kaner et al., 2009). Sus orígenes están basados en la teoría conductual (condicionamiento clásico, operante y vicario), y la teoría cognitiva (centrada en pensamientos, creencias, actitudes, percepciones y emociones). La integración en las teorías cognitiva y conductual, ha sido reconocida como una aproximación comprensiva y efectiva en las adicciones. Los tratamientos cognitivo conductuales ayudan a las personas a modificar sus actitudes y conductas relacionadas con el abuso de sustancias y a incrementar sus habilidades de vida saludables y la mayoría de ellas, contemplan componentes comunes (CICAD-OEA, 2007), mismos que se exponen en el siguiente apartado.

Aspectos técnicos de las intervenciones breves.

Considerando las características del enfoque cognitivo conductual, a continuación, se presentan los principales componentes que constituyen las intervenciones breves para el consumo de sustancias.

Entrevista motivacional.

Hasta principios de los años ochenta, la forma terapéutica usual con personas poco motivadas al cambio, era una aproximación confrontativa, mediante la cual era necesario luchar contra su resistencia o la “negación patológica” del problema del abuso de sustancias y la falta de motivación al cambio. Alrededor de 1980, surgió un nuevo estilo de entrevista con personas que consumían sustancias psicoactivas que se encontraban ambivalentes ante el cambio (Miller, 1993). Desde el punto de vista de Miller, la interacción entre la persona y el profesional es crítica en 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.

El método clínico de entrevista motivacional se desarrolló específicamente para trabajar con la ambivalencia y aumentar la motivación intrínseca al cambio. Este estilo pretende emplear estrategias motivacionales para movilizar a la persona con sus propios recursos. La entrevista motivacional 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. La confrontación directa no es un método efectivo para resolver la ambivalencia. En la entrevista motivacional, la responsabilidad del cambio recae en la persona (West, 2005).

La entrevista motivacional combina un estilo de consejo empático y de apoyo con un método directivo para resolver la ambivalencia en la dirección al cambio. Esta aproximación terapéutica integra principios de la terapia no directiva con estrategias conductuales activas relacionadas con la etapa de cambio de la persona de acuerdo con el modelo de Prochaska y DiClemente (1982).

En la entrevista motivacional, el cambio es una función de la interacción de la persona con el profesional de la salud. En la exploración de los argumentos para el cambio, el papel del profesional de la salud es elicitador auto-verbalizaciones de la persona, reflejando intenciones de

cambiar su abuso y ofreciendo resúmenes periódicos de estas verbalizaciones de cambio que la persona no haya notado (Miller & Rollnick, 2002).

Como tratamiento, la entrevista motivacional se implementa como un consejo breve que ocurre a lo largo de una a cuatro sesiones. En la primera sesión, el centro es construir la motivación de cambio de la persona, seguida de su compromiso por cambiar en un futuro. De cualquier manera, el estilo empático y sin juzgar de la entrevista motivacional puede usarse a lo largo de todo un tratamiento y ser incorporado en otras aproximaciones terapéuticas (West, 2005).

De acuerdo con Miller y Rollnick (2002), existen ciertas condiciones que aumentan la motivación intrínseca de la persona al cambio: expresar empatía, generar discrepancia, evitar la discusión, dar un giro a la resistencia y aumentar la autoeficacia.

La empatía es la técnica terapéutica de escucha reflexiva, que ayuda al profesional a entender y aceptar la perspectiva de la persona sin denigrar o juzgarla. La empatía terapéutica crea un ambiente seguro que reduce la resistencia de la persona. La segunda condición que incrementa la motivación al cambio es generar discrepancia. Uno de los objetivos de la entrevista motivacional es desarrollar la discrepancia entre los efectos positivos del abuso de sustancias y su naturaleza eventualmente destructiva e incrementar la incomodidad asociada con esta discrepancia; como resultado, la persona será más susceptible a considerar un cambio. La tercera condición consiste en evitar la discusión y sortear la resistencia de la persona. Desde la perspectiva de entrevista motivacional, la resistencia no es vista como una conducta negativa, sino que es conceptualizada como una señal de la ambivalencia de la persona, y de esta forma provee retroalimentación al profesional de que la persona no está lista para el cambio. Otra condición importante para aumentar la motivación al cambio consiste en aumentar su autoeficacia. Muchas personas con problemas de abuso de sustancias tienen la sensación de que no pueden cambiar su conducta aunque lo traten de hacer. La autoeficacia es la creencia específica de que se es capaz de realizar determinada tarea o comportamiento (Bandura, 1997). Una de las tareas del profesional de la salud en entrevista motivacional es apoyar la creencia de la persona de que es capaz de cambiar. La entrevista motivacional es uno de los métodos más populares que se incorporan en las intervenciones en adicciones. En el caso del abuso de alcohol, la entrevista motivacional ha resultado ser más efectiva que el consejo directivo y confrontativo

(Miller, Benefield, & Tonigan, 1993). El grado en el cual el profesional es directamente confrontativo en contraste con un estilo empático es predictor del consumo continuado de alcohol a un año después del tratamiento. Similarmente, Karno y Longabaugh (2005), encontraron que la interacción entre la resistencia de la persona y la directividad del profesional, predice el uso de alcohol durante el año posterior al tratamiento.

En un estudio de ensayo clínico aleatorizado con personas que consumían alcohol con un nivel de riesgo (abuso), la entrevista motivacional fue significativamente más efectiva que el entrenamiento en habilidades de enfrentamiento para personas en etapa de precontemplación y contemplación, mientras que para estados posteriores de cambio, ambos tratamientos fueron igualmente efectivos (Heather, Rollnick, Bell & Richmond, 1996).

La entrevista motivacional es útil junto con el tratamiento de metadona en personas que consumen opiáceos (Saunders, Wilkinson, & Phillips, 1995). Dichas personas (N=122) recibieron entrevista motivacional o psico-educación. Al seguimiento a los seis meses, las personas que recibieron entrevista motivacional mostraron menos frecuencia de recaídas que aquellas del grupo control. Desde entonces, algunos otros estudios han demostrado la factibilidad del uso de la entrevista motivacional en personas que consumen sustancias psicoactivas, incluyendo las que han desarrollado dependencia a la marihuana, opiáceos, cocaína, anfetaminas y por policonsumo (Torres, 2010; Rohsenow et al., 2004). En muchos de estos estudios se ha encontrado que la entrevista motivacional contribuye a la mejor adherencia e incremento de la motivación, pero sólo pocos estudios han encontrado que contribuya a la disminución del uso de las sustancias o a la abstinencia.

Entre las personas que consumen drogas existe evidencia de que la entrevista motivacional es más efectiva para aquellas que se encuentran ambivalentes o muy poco motivadas al cambio que para aquellas que ya se encuentran motivadas. En un estudio piloto (Schmitz, Stotts, Rhoades, & Grabowski, 2001), personas en desintoxicación de cocaína con baja motivación fueron más propensas a completar su desintoxicación cuando se les trataba con entrevista motivacional.

Habilidades de afrontamiento

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, el abuso y dependencia a las sustancias se define como un método desadaptativo y habitual para enfrentar el estrés de la vida diaria. Esta forma de enfrentamiento desadaptativo es activada mediante señales internas y externas y reforzadas positivamente y/o negativamente (Monti, Abrams, Kadden, & Cooney, 1989).

En el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias, la terapia cognitivo-conductual enfatiza la superación de los déficits en habilidades. Diferentes técnicas se usan para incrementar la capacidad de las personas para detectar y enfrentar situaciones de riesgo que comúnmente precipitan el consumo. Estas incluyen dificultades interpersonales tales como enojo, ansiedad y tristeza o depresión. Las aproximaciones cognitivo-conductuales se centran en enseñar a las personas nuevas estrategias y habilidades para enfrentar y reducir problemas de conducta y cogniciones a través de modelamiento, ensayo conductual, retroalimentación positiva y tareas a casa. La terapia cognitivo conductual ayuda a las personas a identificar los patrones asociados con la perpetuación y mantenimiento del uso de sustancias (por ejemplo, análisis funcional) y a implementar nuevas estrategias para un enfrentamiento más efectivo.

Otros componentes.

Existen técnicas que se incluyen frecuentemente en los tratamientos cognitivo-conductuales para el abuso y dependencia a sustancias (Carroll, Nich, & Rounsaville, 1998; Monti, Abrams, Kadden, & Cooney, 1989) y han probado su efectividad en la disminución del consumo de sustancias, una de ellas es el análisis funcional. El análisis funcional es una forma estructurada de organizar los antecedentes y consecuencias de un problema conductual, en este caso, abuso de sustancias. Esta estrategia ayuda a las personas y a los profesionales de la salud a evaluar las determinantes individuales de la conducta de consumo (Barragán, et al., 2006; West, 2005). Otro componente importante que se incluye en las intervenciones es el manejo del antojo o deseo. Debido a que el antojo está relacionado con las recaídas y en ocasiones, incomoda mucho a las personas, es importante manejar el antojo en el tratamiento mediante: 1) educar sobre el fenómeno, 2) orientar creencias distorsionadas al respecto y 3) enseñar nuevas habilidades de enfrentamiento (West, 2005). Aunado a esto, las habilidades para rehusarse a consumir, también son importantes en una intervención en adicciones. Es esencial preparar a las personas para situaciones en las cuales se vean expuestas a ofrecimientos de sustancias

psicoactivas para incrementar la probabilidad de enfrentar la tentación y la presión social (Salazar, Valdez, Martínez, & Pedroza, 2010). Ensayar conductualmente es una manera efectiva de aprender nuevas habilidades de rechazo (West, 2005). Una vez que la persona aprende a rechazar el consumo, es probable que requiera también otro tipo de habilidades de comunicación. En el entrenamiento en habilidades sociales, las personas aprenden a ser más efectivas al expresar sus emociones de manera asertiva. De acuerdo con Liberman (1988), las siguientes habilidades son necesarias para mostrar conducta social competente: 1) adecuada percepción de la situación social; 2) traducción de la percepción a un plan de acción; 3) la ejecución de la conducta social, combinada con los componente verbales y no verbales necesarios. El entrenamiento en habilidades sociales se centra en las siguientes conductas: hacer peticiones, rechazar peticiones, expresar opiniones personales, expresar críticas, recibir críticas y reconocerse a sí misma.

Otro grupo de técnicas que favorecen la abstinencia implican el manejo de los pensamientos asociados al consumo de sustancias y a sus precipitadores. Las personas que consumen sustancias psicoactivas frecuentemente sostienen fuertes creencias sobre cómo el alcohol o el uso de otras drogas puede ayudarles a enfrentar situaciones de riesgo, sobre cómo la sustancia disminuye estados displacenteros y sobre por qué el uso de las sustancias es aceptable. Estas cogniciones algunas veces son realistas, pero la mayoría constituyen cualidades distorsionadas. Además de enseñar a las personas a usar diferentes habilidades de enfrentamiento para manejar situaciones de riesgo, es conveniente también trabajar estas ideas positivas dominantes sobre el alcohol y otras drogas y evaluar su validez, a través de cuestionarlas y la búsqueda de evidencia (Barragán, 2006; West, 2005).

Seguido de la abstinencia o el consumo controlado de las sustancias, las personas se enfrentarán a situaciones de riesgo que pueden derivar en una recaída. En 1985, Marlatt y Gordon presentaron un modelo cognitivo-conductual del proceso de recaída. El modelo postula que toda situación de riesgo es precedida por decisiones aparentemente irrelevantes. Estas pequeñas decisiones o racionalizaciones, aparentemente no se relacionan directamente con el uso de sustancias, pero aumentan la probabilidad de exponerse a una situación de riesgo. En respuesta a la situación de riesgo, la persona puede usar habilidades de enfrentamiento adecuadas y aumentar su autoeficacia y disminuir la probabilidad de una recaída. Usando la información de recaídas previas, la persona debe elaborar un plan de prevención de recaídas, para prevenirlas.

Finalmente, las estrategias que fomentan la efectiva solución de problemas también fomentan el adecuado manejo de las situaciones de riesgo y favorecen la abstinencia. El entrenamiento en habilidades de solución de problemas (D'Zurilla, Sanna, & Chang, 2004) tiene un fuerte énfasis psicoeducacional y es ejecutado acorde a un número fijo de pasos y aplicado a una enorme variedad de problemas. Los pasos son: orientación del problema, definición del problema, generar alternativas, analizar ventajas y desventajas de cada una de éstas, decidir la mejor alternativa, y ejecutar la solución. El entrenamiento en habilidades de enfrentamiento se ha utilizado con personas que consumen sustancias psicoactivas con la finalidad de prevenir recaídas. Muchos tratamientos basados en entrenamiento en habilidades de enfrentamiento que se han diseñado específicamente para personas que consumen cocaína han resultado en mejoras de los resultados de tratamiento. En personas con dependencia a la cocaína, la prevención de recaídas, basada en principios cognitivo conductuales fue más efectiva que la psicoterapia interpersonal y el manejo clínico (Carroll & Rounsaville, 2007). El entrenamiento en habilidades de enfrentamiento, basado en análisis funcional de las situaciones de riesgo, se añadió a un programa completo de tratamiento y se encontró como resultado una menor frecuencia en el uso de cocaína, comparado con el procedimiento control durante los primeros seis meses de seguimiento (Gulliver et al, 2000).

En conjunto, los componentes antes descritos conforman las intervenciones breves en adicciones. Su objetivo es que las personas consideren el cambio de su conducta de consumo a través de la información sobre sus consecuencias; identificación y enfrentamiento de situaciones de riesgo, a través de estrategias que les permitan disminuir o cesar el consumo de sustancias; así como incrementar habilidades saludables que los lleven a mantener la abstinencia o moderación y con ello reducir los daños causados por el consumo de sustancias.

A pesar de que las Intervenciones Breves en el caso de adicciones, están ampliamente estudiadas y su efectividad se ha probado en numerosos estudios (Kaner et al., 2009), los profesionales de la salud que se encargan de administrarlas han identificado algunas barreras o dificultades para poder implementar estas intervenciones de manera exitosa. Particularmente, los profesionales de la salud reportan, sobre los protocolos cognitivo-conductuales, 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, con contextos diversos y particulares (Baumann, Kolko, Collins, & Herschell, 2006).

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, debe entrenarse (Carroll & Rounsaville, 2007; Miller et al., 2005, 2006). El entrenamiento al profesional de la salud representa un campo de estudio con miras a contribuir a mejorar la práctica psicológica basada en evidencia.

La sistematización con la que se diseminan las intervenciones breves y el entrenamiento a profesionales de la salud para su administración amerita el abordaje de su estudio con énfasis en la descripción de la implementación y adopción de estas en escenarios clínicos. La investigación con perspectiva traslacional, considera este proceso como el principal eje de referencia en materia de intervenciones en el área de la salud.

Proceso de traslación: Implicaciones en la práctica profesional

La investigación traslacional tiene como fin derivar aplicaciones prácticas, por ejemplo, intervenciones clínicas, a partir de la ciencia básica con relación al trabajo potencial de prevención o intervención (Santoyo, 2012), e incluye el proceso de aplicar descubrimientos generados durante la investigación en el laboratorio y/o en estudios preclínicos, el desarrollo de pruebas y estudios en humanos e implica investigaciones orientadas al mejoramiento de la adopción de las mejores prácticas para la comunidad (Wolf, 2008).

En los últimos años, ha crecido el interés en el campo de la psicología aplicada por realizar estudios controlados para identificar procedimientos y mecanismos de diseminación de prácticas exitosas en el ámbito de la salud (OMS, 2012; NIDA, 2012; NOM 028, 2009). Con ello, los profesionales de la salud comienzan a preocuparse por tomar decisiones e implementar acciones que modifiquen eficiente y efectivamente los problemas sociales y de salud que les demanda la población que atienden.

Una investigación traslacional generalmente inicia cuando los hallazgos de la investigación en escenarios donde se tiene un control estricto de las variables se aplican a poblaciones clínicas, esto es, cuando los principios derivados de la investigación básica se emplean para el desarrollo de intervenciones en el que se prueban sus resultados a partir de diferentes diseños de investigación; en los cuales se sistematizan los procedimientos de evaluación y se evalúa el cambio conductual. En este sentido, los analistas conductuales aplicados desarrollan intervenciones para solucionar problemas de relevancia social a partir de la aplicación sistemática de los principios de la conducta, para la cual, la experimentación es determinante para identificar las variables responsables del cambio (Cooper, Heron, & Heward, 2007). En el caso de las adicciones, éste paso de la traslación ya se encuentra avanzado, pues actualmente existen intervenciones y tratamientos estandarizados basados en evidencia empírica, que se fundamentan en los hallazgos de las investigaciones básicas sobre la conducta de consumo de sustancias y los mecanismos que la regulan.

De acuerdo con Breckler (2006) existen una serie de acciones en la investigación traslacional. La primera es la diseminación que se refiere a la distribución intencional y dirigida de información o tecnología de una innovación (producto, práctica, programa, política, idea,

hallazgos de investigación o resultados), de los creadores a la población meta (p.ej. de los investigadores básicos hacia los profesionales de la salud pública), con el propósito de facilitar el proceso focal de distribución de información y de los materiales a las organizaciones e individuos que quieren y pueden usarlos para mejorar la salud y coadyuvar al bienestar social. Una segunda acción, es la implementación, que es un conjunto de actividades específicas diseñadas para poner una innovación en uso, incluyendo la decisión, y el compromiso de promover los recursos necesarios para sus aplicaciones actuales y potenciales. El resultado de la implementación es la adopción individual u organizacional de una innovación. La tercera acción en la traslación, es la difusión, que involucra el proceso mediante el cual la innovación se mueve, en un sentido amplio, hacia una comprensión común, el resultado es la adopción de prácticas nuevas y la penetración de recomendaciones de amplio espectro en el dominio público y privado de herramientas de toma de decisiones basadas en evidencia empírica. Santoyo (2012), propone la incorporación del desarrollo de políticas públicas para la formación de recursos humanos sobre investigación traslacional en las instituciones educativas (Figura 2).

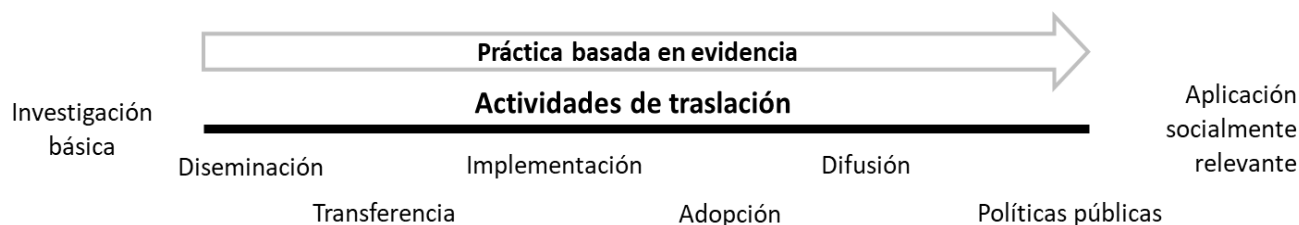


Figura 2. Representación gráfica del proceso de traslación de las intervenciones breves.

(Breckler, 2006; Santoyo, 2012; Martínez & Medina-Mora, 2013).

Al respecto de la formación de recursos humanos en el proceso de traslación, algunos autores (Turner & Sanders, 2005; Webster-Stratton, Rinaldi, & Reid, 2011) incluyen como actividades centrales en la diseminación de las intervenciones basadas en evidencia, la formación y supervisión de los profesionales del campo; la adherencia a los contenidos clave y los principios del proceso terapéutico (asegurando la fidelidad de la implementación); el monitoreo y evaluación de los cambios clínicos en las personas atendidas y el costo-efectividad de las intervenciones basadas en la evidencia y medición de la competencia, es decir qué tanto los procedimientos elegidos son bien implementados.

Considerando a la formación de recursos humanos como un aspecto central en el proceso de traslación, es necesario evidenciar la difusión y aplicación de las intervenciones breves con datos empíricos que permitan orientar el contenido y evaluación de los programas de entrenamiento a profesionales de la salud. El grado en que los profesionales de la salud están aplicando las intervenciones basadas en evidencia y su relación con la conducta de las personas atendidas sigue siendo, en gran parte, desconocida y difícil de identificar (Garland, Bickman, & Chorpita, 2010; Miranda, Hepner, Azocar, Greenwood, Ngo, & Burnam, 2010). Para ello, se vuelve necesario analizar qué patrones de conducta que efectúa el profesional de la salud se relacionan con la meta última de la intervención en adicciones: la abstinencia, pues actualmente no existe suficiente trabajo que dé cuenta del traslado de los avances disciplinarios fuera del laboratorio hacia los escenarios clínicos o de servicios ni cómo se asegura su adecuada implementación (Cicchetti & Toth, 2009). Estas limitaciones en la evidencia pueden deberse a múltiples factores, entre ellos, los retos metodológicos e institucionales que representa el uso de observación directa de las actividades del profesional y las barreras que los propios profesionales identifican en el uso de intervenciones breves, que son objeto de análisis en la actividad de implementación.

Barreras y adaptaciones en la implementación de Intervenciones Breves

La implementación de las intervenciones breves y de los procedimientos basados en evidencia en el campo de las adicciones, requiere que los profesionales de la salud adopten estos modelos en su práctica profesional cotidiana, lo que implica que superen las barreras que pudieran identificar y presentarse, así como que ajusten a nivel personal e institucional prácticas que les permitan administrar de manera efectiva estas intervenciones (Weiner, 2009).

Particularmente en México, Martínez, Pacheco, Echeverría, y Medina Mora (2016) han identificado tres tipos de barreras para la adopción de las Intervenciones Breves. La primera se relaciona con las demandas burocráticas e institucionales del contexto laboral de los profesionales de la salud, como pueden ser el llenado de formatos y registros o las limitaciones en cuanto a tiempo y recursos. La segunda se relaciona con la falta de conocimiento y dominio que los profesionales de la salud tienen sobre los fundamentos teóricos de las intervenciones. Y la tercera está relacionada con la discrepancia entre las características de las personas atendidas y las características de la muestra con la que las intervenciones fueron validadas.

Otros estudios en población mexicana han descrito como las principales barreras para la adopción de las intervenciones breves: el no tener suficiente supervisión, la carencia de recursos para contratar profesionales entrenados y especialistas, así como insuficiente apoyo médico y psiquiátrico (Horigian et al., 2015).

Recientemente y como un estudio antecedente relevante para el presente trabajo, Martínez, Jiménez, Félix, y Morales (2018), realizaron un diagnóstico para detectar facilitadores, barreras y adaptaciones para la adopción de las intervenciones breves en profesionales de la salud mexicanos. En este estudio participaron 778 profesionales que laboran en centros de prevención y atención primaria a las adicciones. Los principales resultados arrojaron que el 70.8% de los profesionales de la salud reportaron que existen barreras para la transferencia de los programas de intervención breve en México. En materia de implementación, se identificaron como principales barreras 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 materia de 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%). Finalmente, en la barrera relacionada con la utilidad de los manuales, se reportó la pertinencia de los mismos como el principal obstáculo (45%).

A partir de las barreras identificadas y como parte del proceso natural de la adopción de las intervenciones breves, los profesionales de la salud han realizado adaptaciones a las intervenciones. Estas adaptaciones son sumamente relevantes, pues reflejan la toma de decisiones de los profesionales de la salud en función de la implementación de las intervenciones en escenarios naturales. 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 (Martínez et al., 2018).

Como se ha descrito en la literatura, a lo largo del proceso de la disseminación y adopción de las intervenciones en la práctica cotidiana, los profesionales de la salud se ven en la necesidad

de adaptar los procedimientos establecidos en manuales y protocolos a las diversas características de las personas que consumen sustancias y que son atendidas con estos procedimientos. Es por ello que actualmente se considera a las intervenciones como *adaptables*.

Las intervenciones adaptables implican que el tipo o la dosis de la intervención ofrecida a las personas es individualizada a la medida, basándose en las características de las personas o en la presentación clínica; y a través del tiempo son ajustadas repetidamente en respuesta a su avance (Bierman, et al., 2006; Marlowe et al., 2008; McKay, 2005).

El elemento más importante para considerar la adaptación de una intervención es una evaluación periódica donde se verifica si el tratamiento inicialmente seleccionado está logrando el cambio en la conducta de consumo de las personas y de no ser así, se realizan ajustes en el procedimiento que pueden ocurrir varias veces durante el proceso de intervención. La evaluación periódica de las metas de la intervención responde a cuatro elementos centrales: 1) secuencia de decisiones críticas, 2) opciones de intervención o niveles de intervención y sus variaciones, 3) variables críticas de adaptación y 4) secuencia de reglas de decisión (McKay, 2009).

La secuencia de decisiones críticas se refiere a establecer el orden en el que se administrarán los componentes de la intervención, definiendo que procedimientos se van a administrar primero y, si la intervención inicial no es exitosa, qué procedimientos se administrarán en segundo lugar (McKay, 2009). El conjunto de procedimientos posibles incluye diferentes niveles de intervención, diferentes modalidades de administración, diferentes combinaciones de procedimientos, diferentes acciones para promover el compromiso, la adherencia a la intervención y diferentes duraciones de las intervenciones. Las variables de adaptación que se utilizan para determinar cuándo debe modificarse una intervención incluyen información para detectar signos tempranos de que la intervención no está siendo suficientemente efectiva, en función de las metas de tratamiento establecidas. Finalmente, el objetivo de las reglas de decisión es guiar a los profesionales en la elección de procedimientos de intervención para cada etapa basada en las características individuales y avances en las metas de las personas (Collins et al., 2004; Lavori & Dawson, 2000, 2004; Lavori, Dawson, & Rush, 2000).

El análisis de las barreras y adaptaciones realizadas por los profesionales de la salud a las intervenciones breves es importante para optimizar el proceso de adopción de estos modelos ya que dan cuenta de los ajustes que se han requerido para su implementación exitosa en escenarios

reales, evidenciando que esta implementación difiere en su nivel, a la reportada en estudios controlados de eficacia de las intervenciones. A partir de ello, resulta relevante entonces la observación directa de esta implementación en escenarios naturales con personas atendidas que tienen características diversas y necesidades particulares.

Facilitadores de implementación de las Intervenciones Breves

Para asegurar que los profesionales de la salud implementen las intervenciones correctamente, además de considerar las barreras, se han hecho algunos esfuerzos para simplificar los protocolos. Por ejemplo, Foa et al. (2009) adaptaron el Protocolo de Exposición Prolongada para tratar Trastorno por Estrés Postraumático a una versión 90 minutos más corta obteniendo los mismos resultados sobre disminución del estrés que los obtenidos con la versión original. Simplificar los protocolos de tratamiento involucra utilizar procedimientos específicos en lugar de intervenciones completas como unidades de análisis y entrenar a los profesionales sólo en lo que los estudios indican que es necesario (Dimidjian et al., 2006). Chorpita, Daleiden, y Weisz (2005) presentaron un modelo de decisión para conocer con qué tipo de contenido se debe entrenar a los profesionales. En lugar de utilizar protocolos completos como unidad de análisis, revisaron la literatura sobre tratamiento de problemas de conducta infantil (n=49) e identificaron 26 elementos prácticos de los diferentes protocolos que han mostrado eficacia. Por ejemplo, actividades planeadas, habilidades sociales, solución de problemas, entre otros.

La simplificación de los protocolos de tratamiento puede incluir el uso de los resultados de estudios de análisis de componentes, y la formación de profesionales sólo en lo que estos estudios indican que es necesario. Por ejemplo, basado en el trabajo que muestra que el componente de activación conductual (BA) para la depresión es tan eficaz como el protocolo completo que incluye el uso de otros componentes como solución de problemas o reestructuración cognitiva (Dimidjian et al., 2006 Jacobson et al, 1996), se podría formar a los profesionales en tan sólo activación conductual en lugar de tratar de difundir el protocolo completo para la depresión.

Aunado a la identificación de los componentes que son relevantes en el entrenamiento de los profesionales de la salud, existen algunas aproximaciones para medir aspectos de la implementación de las intervenciones como los conocimientos y las habilidades de los mismos. En ese sentido, Simons y Rozek (2013) realizaron una revisión de la literatura para identificar

medidas del conocimiento teórico y sobre procedimientos de terapia cognitivo conductual. Identificaron dos instrumentos sobre conocimientos teóricos en profesionales, uno con las personas atendidas, 22 instrumentos con propiedades psicométricas muy variables sobre conocimiento procedimental de los profesionales y cuatro con personas atendidas.

Normalmente, los profesionales de la salud son capaces de describir o seleccionar en un cuestionario de opción múltiple una respuesta que represente conocimientos sobre las habilidades en terapia cognitivo conductual, pero poco se ha explorado el traslado de ese conocimiento a conducta terapéutica (Simons & Rozek, 2013). Los incrementos en conocimiento declarativo resultan en cambios poco significativos en el comportamiento del profesional (Mc Cluskey & Lovarini, 2005). El conocimiento declarativo en los profesionales mejora después de un taller, sin embargo, poco se ha evaluado como este conocimiento declarativo se convierte en actividades terapéuticas en escenarios reales, ni cómo las habilidades del profesional se relacionan con la conducta de la persona atendida.

El fin último de la generación y de la diseminación del conocimiento debe ser su aplicación en los escenarios naturales en los que se presentan problemas de relevancia social; sin embargo, la responsabilidad de realizar esta aplicación no recae directamente en los investigadores, sino que se relaciona directamente con el quehacer de los profesionales de la salud que, en muchas ocasiones refieren no ser entrenados en procedimientos estandarizados, y en otros muchos casos reportan no conocer si las intervenciones se derivan de procedimientos validados empíricamente o si han mostrado su efectividad en escenarios controlados.

Los hallazgos de la investigación sólo pueden utilizarse si el practicante comprende cómo usarlos en las situaciones de la vida cotidiana. Lo anterior implica que existe una distancia entre la viabilidad de que los hallazgos puedan ser utilizados, la comprensión del significado y las implicaciones derivadas de ellos. A tal distancia se le puede denominar índice de proximidad (Sigel, 2006), concepto firmemente vinculado con la misión de formar recursos humanos en esta perspectiva, puesto que es indispensable que en nuestro medio se plantee que los profesionales de la salud tengan la capacidad de interpretar, trasladar y promover nuevas aportaciones que coadyuven a optimizar la adaptación humana a los entornos altamente cambiantes (Santoyo, 2012).

Resulta preocupante el hecho de que existe muy poca investigación puente dirigida a que las personas solicitantes de un servicio validen el éxito en el alcance de sus metas a partir de la implementación de los procedimientos o “buenas prácticas” (Morales, 2012), derivados ambos de la aplicación de supuestos básicos o leyes del comportamiento con toda la evidencia empírica, particularmente de la evidencia científica y de su efectividad específicamente en el contexto natural en el que ocurre la problemática social de interés, en la que se puede analizar las trayectorias de riesgo/enfermedad (Sobell, 1996).

El campo actual, en materia de diseminación de prácticas basadas en evidencia, se ha centrado en la necesidad de implementar estrategias efectivas y ha dejado de lado temas de transferencia de conocimientos y la demostración de éxito clínico en la transición de las intervenciones que salen de las universidades a escenarios comunitarios reales (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005; Gotham, 2004). En este contexto, se ha prestado poca atención empírica a cómo entrenar a aquellas personas que brindan la atención a la comunidad (Luborsky, McLellan, Diguier, Woody, & Seligman, 1997).

De acuerdo con la Asociación Psicológica Americana (American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-based Practice, 2006) la práctica basada en evidencia es “la integración de la mejor investigación disponible con experiencia clínica en el contexto de las características del paciente, la cultura y las preferencias” (p.227). Complementario a esta definición, Kazdin (2008) apuntó que la práctica basada en evidencia es aquella práctica que es sustentada en evidencia sobre intervenciones, experiencia clínica, necesidades, valores y preferencias de las personas atendidas, y su integración en la toma de decisiones sobre la atención individual.

Al respecto de la implementación de las Intervenciones basadas en evidencia, una cuestión importante es la fidelidad o la capacidad del profesional de brindar una intervención como se pretende (McHugh & Barlow, 2010) y generar en las personas expuestas a la intervención la posibilidad de obtener resultados terapéuticos similares a los reportados en los estudios de eficacia correspondientes. Los esfuerzos para capacitar a los profesionales de la salud para que brinden efectivamente tales intervenciones abarcan estrategias más amplias en el campo de la salud sobre métodos suficientes de diseminación de las intervenciones, capacitación y supervisión de la intervención (Beidas, Koerner, Weingardt, & Kendall, 2011). En dichas

estrategias, se deben considerar variables que pueden implicar la formación profesional de los clínicos (es decir, el nivel educativo, la función del programa, la duración de la permanencia), el nivel de exposición a la intervención mediante capacitación estructurada u otros medios y el impacto de dicha exposición en los dominios de implementación a nivel clínico (por ejemplo, el conocimiento conceptual de los principios terapéuticos, la autoeficacia para brindar con habilidad la terapia, las actitudes hacia los preceptos específicos de la terapia, la preparación para la adopción, entre otros). Desafortunadamente, el peso que se les da a estos dominios de implementación a nivel clínico en la planeación de la diseminación es ambiguo. Esto pone a los organismos encargados de la capacitación de profesionales de la salud en una posición complicada por la falta de identificación sobre en qué aspectos de la capacitación concentrar los esfuerzos.

En 2012, Curran y colaboradores, realizaron un estudio mediante un ensayo clínico para poner a prueba un conjunto de estrategias de implementación de una intervención de manejo de contingencias (MC). Los autores incluyeron la participación voluntaria de los profesionales de la salud en un proceso de capacitación de MC. La evaluación de los resultados del entrenamiento se realizó antes, inmediatamente después y después de tres meses de la capacitación se evaluó también la implementación de la intervención de MC con las personas atendidas, durante un período de 90 días. El entrenamiento de los profesionales incluyó la programación de sesiones de capacitación *in situ* para limitar las barreras económicas, físicas y logísticas; sesiones semanales cortas y programas de aprendizaje activos para desarrollar comportamientos específicos a través del modelamiento del instructor, los ensayos conductuales de los participantes y la retroalimentación basada en el rendimiento. El entrenamiento duró 16 horas y fue estructurado con cuatro sesiones semanales de medio día, y fue facilitado por dos psicólogos, cada uno con experiencia en MC. Los autores evaluaron si los participantes habían tenido contacto previo con el modelo de MC. La exposición al programa de MC durante el entrenamiento se evaluó a través del número de horas (hasta 16) que cada profesional había asistido a la capacitación en MC. Para evaluar la implementación del profesional de la salud después del entrenamiento, se registró la ejecución de la conducta del profesional a través de situaciones simuladas de interacción entre una persona ficticia y el profesional, en sesiones audio-grabadas de 20 minutos, mediante la Escala de Competencia de Manejo de Contingencias (Petry, Alessi, Ledgerwood, & Sierra, 2010). Se evaluaron otros dominios de implementación mediante métodos de papel y lápiz.

Finalmente, para evaluar la autoeficacia para implementar los procedimientos, los profesionales completaron una escala de 15 ítems (1 = nada, 7 = extremadamente) para realizar las tareas de implementación del MC ($\alpha = .95$). Los resultados mostraron que la habilidad de implementación del programa de MC en los profesionales es un predictor robusto y específico de sus resultados posteriores y que interviene una asociación entre una efectividad terapéutica general y el resultado en la persona atendida, e interviene parcialmente una asociación de exposición durante el entrenamiento de MC y el resultado de la persona atendida.

La difusión efectiva de los programas de intervención basados en evidencia puede estar guiada por modelos que incorporan problemas en escenarios reales (Damschroder & Hagedorn, 2011; Fixsen et al., 2005). Frecuentemente, estos esfuerzos no derivan en resultados positivos con las personas atendidas, pues se deja de lado la capacitación del personal y las actividades de implementación. Proctor et al. (2011) definen los resultados de la implementación como los efectos de acciones deliberadas e intencionadas para implementar nuevos tratamientos, prácticas o servicios e incluye: 1) aceptación filosófica entre el personal; 2) adecuación de compatibilidad para el personal; 3) fidelidad o conocimiento y habilidad del personal para brindarla como se espera; 4) adopción o intención del personal de usarla en la práctica diaria, 6) previsión de obstáculos logísticos, 7) sostenibilidad, o su mantenimiento como un servicio clínico estable, y 8) penetración, o su integración en la práctica clínica regular por personal.

El desarrollo de medidas consistentes, válidas y eficaces de los resultados de la implementación es necesario para avanzar en el campo de la traslación de los principios básicos a la aplicación. Recientemente, Garner y colaboradores (2016), se dieron a la tarea de abordar esta brecha mediante el desarrollo de medidas basadas en la evidencia de la aplicación; es decir, la medida del nivel de implementación que es necesario para predecir mejoras en los resultados con las personas atendidas, sobre el Programa de Reforzamiento Comunitario para Adolescentes que consumen sustancias (Community Reinforcing Approach A-CRA). A-CRA es un tratamiento conductual basado en un menú de 19 procedimientos (por ejemplo, Objetivos, Comunicación, Solución de Problemas, Participación de Cuidador). El conjunto de datos incluyó 65 organizaciones de tratamiento de uso de sustancias, 308 profesionales de la salud y 5873 adolescentes. Se utilizaron análisis de regresión para examinar hasta qué punto podrían predecirse

las medidas de resultados con las personas evaluadas a los seis meses de seguimiento (uso de sustancias, problemas emocionales), con cuatro indicadores de implementación.

Las medidas de implementación usadas en el estudio de Garner et al. (2016) consistieron en: (1) Exposición de la sesión. Representa el número promedio de sesiones de A-CRA que la organización entregó a sus adolescentes respectivos. Una sesión típica de A-CRA tiene aproximadamente una hora de duración e incluye al menos dos procedimientos de A-CRA. La exposición media de las sesiones en las 65 organizaciones participantes fue de 13 ($DE = 3,48$). Trabajos previos han indicado que los resultados clínicos se maximizan cuando un adolescente recibe siete o más sesiones en combinación con diez o más procedimientos únicos A-CRA (Garner et al., 2012). (2) Exposición al procedimiento. Representa el número promedio de procedimientos únicos de A-CRA que la organización entregó a sus respectivos adolescentes. El promedio de exposición a través de las 65 organizaciones participantes fue de 9.62 ($DE = 1.60$), de un posible de 19. Aunque hay un total de 19 procedimientos de A-CRA, los profesionales están capacitados para llevar a cabo procedimientos basados en las necesidades individuales, por lo que algunos adolescentes pueden recibir ciertos procedimientos varias veces (por ejemplo, resolución de problemas o habilidades de comunicación) y pueden nunca recibir otros procedimientos (por ejemplo, adherencia a la medicación y monitoreo). Debido a que cada procedimiento involucra el trabajo didáctico y ensayos conductuales y cada sesión termina con una asignación de tarea, los profesionales suelen entregar más de tres procedimientos en una sesión. Se ha encontrado que la recepción de 10 o más procedimientos únicos durante un episodio de tratamiento completo maximiza los resultados del adolescente. (3) Penetración del adolescente. Representa el número sin duplicar de adolescentes a los que la organización aplicó al menos un procedimiento de A-CRA a lo largo de la investigación. El promedio de adolescentes que recibieron por lo menos un procedimiento A-CRA en las 65 organizaciones participantes fue de 126 ($DE = 88$). (4) Penetración del personal. Representa el número total de "días de certificación en A-CRA del personal." (Garner, Barnes, & Godley, 2009). A cada personal que brindaba A-CRA a los adolescentes se le pedía demostrar (a través de clasificaciones independientes de grabaciones de audio de sesión) la capacidad de entregar una cierta cantidad de procedimientos de A-CRA (Godley et al., 2001). Por lo tanto, para cada uno de los profesionales que impartían A-CRA a los adolescentes, se calculó el número de días en que trabajaron después de la certificación y luego se sumó el número total de "días de certificación del personal A-CRA"

para cada organización participante. En las 65 organizaciones participantes, el número promedio de días de certificación del personal A-CRA fue de 2340 (DE = 2206). En cuanto a las medidas de resultados del adolescente, se empleó el uso de sustancias, entendido como el número de días que usan alcohol u otras drogas mientras están en la comunidad durante los últimos 90 días.

Los resultados mostraron dos correlaciones estadísticamente significativas. Más específicamente, las dos medidas de la fidelidad (es decir, la exposición de la sesión y la exposición al procedimiento) estaban significativamente correlacionadas entre sí ($r = 0,56$, varianza compartida = 31%). Además, las dos medidas de penetración (es decir, la penetración del adolescente, la penetración del personal) se correlacionaron significativamente entre sí ($r = 0,73$, varianza compartida = 53%). El uso de sustancias del adolescente en el seguimiento fue significativamente más bajo para las organizaciones de tratamiento que tuvieron mayor exposición al procedimiento ($B = -1,227$, $SE = 0,583$, intervalo de confianza del 95% = $-2,370$, $0,252$, $p < 0,05$). Ninguna de las otras tres medidas de resultado de la implementación predijo mejoras en los resultados del adolescente. El uso de la sustancia del adolescente en el seguimiento fue significativamente menor para las organizaciones de tratamiento que tuvieron mayor exposición al procedimiento ($B = -1,227$, $SE = 0,583$, intervalo de confianza del 95% = $-2,370$, $-0,084$, $p < 0,05$). Por lo tanto, cada incremento de una unidad en la exposición (por ejemplo, cada procedimiento añadido adicional) se asoció con una disminución de 1.3 en promedio en los días de uso durante los últimos 3 meses para estos adolescentes.

El estudio de Garner et al. (2016) dio cuenta de que los esfuerzos futuros centrados en la implementación podrían mejorarse midiendo y monitoreando hasta qué punto se están brindando los procedimientos de la intervención a los adolescentes. Las medidas de resultado de la implementación son fundamentales para el avance de la investigación de este campo (Proctor et al., 2011), pero la disponibilidad de medidas de implementación validadas sigue siendo limitada hasta la fecha. La principal limitación del estudio de Garner y sus colaboradores, estriba en considerar sólo el estudio de una dimensión relativamente básica de la fidelidad, es decir, la exposición, en lugar de dimensiones más complejas, como la competencia. Por esta razón, en el presente trabajo se retoma la evaluación de la implementación, considerando la medición y observación directa de la conducta del profesional de la salud en interacción con la persona atendida, asumiendo la intervención como un proceso y no como un producto.

Las medidas de implementación son importantes porque pueden servir como resultados intermedios clave con relación a los resultados clínicos, sin embargo, son costosas y no siempre son fáciles de recolectar. De hecho, Proctor et al. (2011) señaló que una vez que los investigadores avanzan en medidas consistentes, válidas y eficaces sobre los resultados de la implementación, se pueden conducir investigaciones que traten estos constructos como variables dependientes, para identificar correlatos o predictores de su logro. Las medidas de implementación pueden ayudar a comprender mejor por qué las intervenciones clínicas son eficaces, por ejemplo, en ausencia de medidas de implementación. Si una intervención clínica no resulta eficaz, será difícil saber si esto se debe a deficiencias de la intervención o si la intervención simplemente no se implementó bien.

Para acercarse a la resolución de las dificultades de implementación es necesario entonces, centrar la atención en el entrenamiento del profesional de la salud. Existen en ese sentido, múltiples variables que se relacionan con el éxito de un entrenamiento, desde cuestiones relacionadas a los componentes del entrenamiento, hasta la manera de medir sus resultados. Ford y sus colegas (Baldwin & Ford, 1988; Ford & Weissbein, 1997) sostienen que hay tres factores que influyen en el aprendizaje, la retención, la generalización y el mantenimiento de las habilidades: las características del aprendiz (antes), el diseño de la capacitación (durante) y el ambiente de trabajo o el entorno organizacional (después). Las características del aprendiz incluyen factores como el conocimiento y habilidades previas, la motivación y la autoeficacia, entre otros. Los factores de diseño tienen que ver con su estructura y formato, la incorporación de los principios de aprendizaje en ella, su secuencia y relevancia del contenido en el escenario real. Finalmente, los factores del entorno de trabajo incluyen restricciones y oportunidades para utilizar las habilidades desarrolladas, el apoyo de supervisores y compañeros, la cultura y el clima organizacionales. La transferencia exitosa de la capacitación al lugar de trabajo no está determinada únicamente por un factor, sino que es un proceso complejo y multinivel.

Actualmente, los profesionales de la salud y las autoridades de las instituciones donde se encuentran insertos han comenzado a reconocer la necesidad de una capacitación inicial, así como de apoyo, consulta y supervisión constante en la aplicación de intervenciones basadas en evidencia; pero al mismo tiempo reconocen la falta de tiempo, apoyo y oportunidades para aprender nuevas habilidades (Essock et al., 2003; Herschell, Kogan, Celedonia, Gavin, & Stein,

2009). Aunado a ello, también se han comenzado a plantear preocupaciones sobre la pertinencia y la utilidad de los programas educativos existentes para los psicólogos en cuanto a práctica basada en evidencia se refiere (Sharkin & Plageman, 2003).

Actualmente, la formación de profesionales en el uso de Intervenciones Basadas en Evidencia enfatiza la importancia de usar técnicas especializadas diseñadas para involucrar, entrenar y apoyar a los profesionales en su uso de nuevas tecnologías, tales como la visualización de manuales de tratamiento, la exposición a talleres de capacitación didáctica intensiva y la participación en supervisión de casos (Essock et al., 2003).

Entrenamiento a profesionales de la salud en la implementación de las Intervenciones Breves

La evidencia empírica permite generar una práctica psicológica basada en la evidencia, cuyo fundamento es la aplicación de la mejor investigación disponible y se define como la integración de la mejor investigación disponible al entrenamiento de profesionales en el contexto de las características de la persona atendida, su cultura y sus preferencias (American Psychological Association, Task Force on Evidence Based Practice, 2006).

Dado que los profesionales de la salud planean y aplican las intervenciones basadas en evidencia para el consumo de sustancias (American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practices, 2006), resulta sumamente relevante asegurar la adecuada traslación de los procesos básicos a la aplicación de los mismos en escenarios reales.

En los últimos años, el interés por realizar estudios controlados sobre la implementación de procedimientos de éxito y de la diversidad de estudios sobre los mecanismos de diseminación de prácticas exitosas en el ámbito de la salud ha crecido (NIDA, 2012; NOM 028, 2009). Sin embargo, existe poca evidencia empírica para confirmar que el entrenamiento mejora las habilidades del profesional a un nivel que impacta en una administración competente del tratamiento (Alberts & Edelstein, 1990; Ford, 1979). Generalmente, se asume la adquisición de habilidades en lugar de confirmarse y evaluarse (Alberts & Edelstein, 1990). Alberts y Edelstein (1990) realizaron uno de los primeros intentos formales del estudio de la adquisición de habilidades en estudiantes de posgrado de psicología clínica, estudiando dos tipos de entrenamiento: capacitación "tradicional" en habilidades relacionadas con procesos (empatía, asistencia, preguntas abiertas) y capacitación en repertorios complejos de habilidades verbales (evaluación clínica, conceptualización de casos). Su estudio se centró en la formación de

habilidades discretas y obtuvo como conclusiones que una combinación de instrucción didáctica, modelamiento, retroalimentación y práctica (ensayos) fueron importantes para la adquisición de habilidades. Derivado de su investigación. Alberts y Edelstein (1990) mencionaron los principales problemas metodológicos a los que se enfrentaron, que incluían la falta de variables dependientes y grupos de control válidos; la poca atención dedicada a las interacciones entre las características del profesional de la salud; las conductas meta; las técnicas de entrenamiento; las habilidades del instructor; la falta de evaluaciones de habilidades en vivo; la limitada validez externa de las evaluaciones de habilidades y la falta de evaluaciones de seguimiento.

Herschell et al. (2010) realizaron una revisión sistemática del papel del entrenamiento del profesional en la implementación de intervenciones e identificaron 55 estudios de evaluación de técnicas o métodos de entrenamiento con metodologías que iban desde diseños de un solo sujeto hasta ensayos controlados aleatorizados. El 25% de los estudios utilizaron una comparación de grupo, 53% utilizaron una medición pre y post, 10% usaron $n=1$ y 10% usaron un diseño de encuesta. De todos los estudios incluidos, 35% incluyeron un seguimiento, 44% utilizaron una estrategia de evaluación multimétodo y 47% incluyeron medidas estandarizadas. Los tamaños de la muestra de los estudios variaron entre seis y 3558 participantes, dependiendo de la metodología empleada. Los autores dividieron sus hallazgos en términos de los componentes incluidos en el entrenamiento e identificaron en cada uno, los principales resultados.

Los estudios que incluyeron manuales de tratamiento y material escrito fueron consistentes en demostrar que la lectura de los manuales y materiales pueden ser necesarios, pero no suficientes, para la adquisición de habilidades y la adopción de un tratamiento psicosocial (Dimeff et al., 2009, Rubel, Sobell, & Miller, 2000). Es decir, estos estudios encontraron que la lectura a menudo daba lugar a cambios en conocimiento, pero los cambios eran de corta duración y más pequeños que los cambios en los profesionales que participaban en entrenamientos más intensivos (Sholomskas et al., 2005). La lectura puede utilizarse como un "primer paso" para introducir información sobre un tratamiento psicosocial, pero la lectura por sí sola no da lugar a cambios significativos en las habilidades o el dominio del tratamiento.

Los estudios que incluyeron estrategias de entrenamiento autodirigido resultaron ser un método rentable para aumentar el conocimiento (Centro Nacional de Investigación y Tratamiento de Víctimas de Delitos, 2007; Sholomskas et al., 2005). Sin embargo, cuando se utilizaron

métodos de evaluación rigurosos, se descubrió que la autogestión funcionaba sólo para algunos profesionales (Suda & Miltenberger, 1993) y era sólo un poco más efectiva que leer materiales escritos para mejorar el conocimiento (Miller, et al., 2004; Sholomskas et al., 2005).

Con respecto a los estudios que consideraron el entrenamiento mediante talleres, siete estudios complementaron el autoinforme con medidas de observación del comportamiento; un estudio complementó el autoinforme con la revisión de registros, algunos de los estudios que utilizaron métodos de observación del comportamiento utilizaron a clientes simulados como parte de su estrategia de evaluación (Baer, Rosengren, Dunn, Wells, & Ogle, 2004; Baer et al., 2009; Dimeffetal & Morris, 1999, Miller & Mount, 2001, Miller et al., 2004). Los estudios revisados demostraron que los formatos de capacitación en talleres generalmente impactan poco en el comportamiento (Saitz, Sullivan & Samet, 2000). En la mayoría de los casos, la asistencia al taller resultó en un mayor conocimiento, pero no en cambios significativos en la actitud, aplicación de conocimientos o habilidades clínicas evaluadas a través de la observación del comportamiento (Anderson & Youngson, 1990; Rubel et al., 2000). Los estudios sobre talleres que emplearon métodos de evaluación más estrictos, como la observación directa del comportamiento (Miller & Mount, 2001), encontraron que el entrenamiento no afectó los resultados de la persona atendida o el comportamiento del profesional. Algunos estudios encontraron mejoras iniciales en la habilidad del profesional (por ejemplo, aumento en las declaraciones de motivación de las entrevistas) después de terminar un taller; Sin embargo, con el tiempo, las habilidades disminuyeron y fueron comparables a las del grupo de profesionales no entrenados cuatro meses después del entrenamiento (Moyers, et al., 2005; Chagnon, Houle, Marcoux, & Renaud, 2007). De forma similar, Baer et al. (2009) encontraron que aunque las ganancias de los participantes en el taller eran significativamente mejores que las de un grupo control, los grupos eran equivalentes en el seguimiento.

Cuando se integraron elementos adicionales al taller, tales como observación, retroalimentación y supervisión, se encontró que las técnicas de entrenamiento activas orientadas hacia el comportamiento, por ejemplo, retroalimentación, ensayos conductuales y supervisión, eran efectivas, particularmente cuando se combinaba (Miller et al., 2004). En dos estudios que compararon talleres sencillos con talleres con componentes adicionales, los resultados apuntaron a una mejor adopción de la innovación (Kelly, et al., 2000) y un mayor aprendizaje (Miller, et al.,

2004). Ducharme y Feldman (1992) encontraron que una estrategia de entrenamiento sobre “casos generales”, en la que se eligen y revisan múltiples ejemplos que representan casi todas las posibles respuestas de las personas atendidas, produjo niveles de generalización altos incluso sin el uso de otras estrategias. Parsons y Reid (1995) encontraron que la retroalimentación del supervisor mejoraba el mantenimiento de las habilidades de enseñanza de los miembros del personal.

Otro tipo de entrenamiento considerado en los estudios de la revisión de Herschell et al., (2010) fue el entrenamiento en pirámide. Se ha estudiado entrenar sólo supervisores o un grupo selecto de profesionales que después entrenan a otros. Al entrenamiento se le ha conocido con nombres diferentes, incluidos los modelos "pirámide" (Demchak & Browder, 1990), "entrenar al entrenador" y "cascada" (Anderson & Youngson, 1990). En un estudio de diseño de un solo sujeto, Demchak y Browder (1990) evaluaron la utilidad de entrenar a los supervisores a quienes se les dijo que replicaran la capacitación con su personal. Tanto los supervisores como el personal mejoraron sus habilidades y la mejora de la persona atendida fue evidente tanto para los supervisores como para el personal, sin embargo, el personal no evidenció tantas ganancias como sus supervisores. En otro estudio de diseño de caso único, Shore et al. (1995) notaron mejoras en la habilidad del personal y disminuciones en el comportamiento meta de las personas atendidas a través de una intervención de entrenamiento piramidal con supervisores. También concluyeron que entrenar a los supervisores además del personal mejora el desempeño del personal (Shore et al., 1995). A pesar de estos hallazgos, se necesitan estudios con grandes tamaños de muestra y diseños más rigurosos para determinar si los beneficios de entrenar sólo a los supervisores resultan en un entrenamiento efectivo para un grupo mayor de profesionales y las personas que atienden.

Otro tipo de estudios analizado por los autores, implicó paquetes de entrenamiento multi-componentes como 1) un manual de tratamiento, 2) varios días de capacitación intensiva, 3) consulta de expertos, 4) revisión en vivo o grabada de las sesiones de las personas atendidas, 5) entrenamiento del supervisor, 6) sesiones de entrenamiento de refuerzo y 7) uno o más entrenamientos a través de casos. Diecinueve de los 21 estudios revisados demostraron mejoras en los resultados medidos. Sin embargo, es difícil de generalizar los hallazgos del estudio dado que cada estudio incluyó diferentes protocolos de entrenamiento (con diferentes componentes y

plazos) y evaluó diferentes constructos. Por ejemplo, Morgenstern et al. (1995) encontraron que los consejeros respondieron bien al contenido de la capacitación y al formato del manual de la capacitación y que se alcanzaron los niveles de habilidad adecuados. Henry et al. (1993) encontraron que su programa de entrenamiento de un año cambió con éxito las habilidades técnicas de los profesionales de psicoterapia Dinámica Limitada en el Tiempo, observándose incrementos en el énfasis en la expresión del afecto en la sesión, exploración de la relación terapéutica y preguntas abiertas. Similarmente, Lochman et al. (2009) encontraron que su condición de entrenamiento más intenso dio como resultado beneficios sustanciales de tratamiento para los niños tratados por consejeros escolares entrenados en comparación con consejeros menos capacitados y una condición de comparación. En otro estudio, las enfermeras psiquiátricas comunitarias que completaron un entrenamiento de seis meses evidenciaron un pequeño cambio en sus actitudes acerca de la esquizofrenia y su preferencia por la terapia conductual a lo largo del tiempo (Brooker & Butterworth, 1993).

En población mexicana, Morales, Martínez, Carrascoza, Chaparro, y Martínez (2013), evaluaron habilidades de consejo breve de profesionales y no profesionales de la salud en situaciones simuladas de interacción promotor-persona atendida, a través de un diseño factorial 2 (profesionales, no profesionales) X 4 (Entrenamiento con material, entrenamiento sin material, con material sin entrenamiento y sin entrenamiento, sin material). Emplearon 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. El entrenamiento consistió en exposición de información, modelamiento, ensayos conductuales y retroalimentación de cada habilidad. El material fue el manual correspondiente. La situación simulada de evaluación consistió en un ensayo conductual en el que se presentaban diez estímulos con base en un guion que el evaluador conocía de memoria (Conductas de entrevista motivacional; resistencia, sin resistencia, confrontación, desesperanza, auto-descalificación). Los resultados mostraron que las habilidades generales adquiridas por los integrantes de cada muestra y los promedios de calificación fueron mayores para los profesionales de la salud en cualquiera de las tres primeras condiciones. El ANOVA mostró efectos de interacción del tipo de participante por condición de entrenamiento sobre las habilidades [$F(7, 410)=14.96, p=.005$]. La entrega de material y el tipo de entrenamiento son condiciones que favorecieron la adquisición de habilidades de consejo breve.

Los conocimientos funcionan como pre-requisito en la adquisición de habilidades de Consejo breve.

Las estrategias de entrenamiento clínico estándar, que consiste 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 médicos por uso de sustancias que es factible a través de estrategias estándar de formación cara a cara. El entrenamiento en línea ha demostrado ser eficaz en varias áreas de atención de la salud (Eva, MacDonald, Rodenburg, & Greehr, 2000; Hulsman, Ros, Winnubst, & Bensing, 2002; Todd et al, 1998), sin embargo, aún no ha sido evaluada como una estrategia para capacitar a los profesionales.

Sholamkas y colaboradores (2005) se dieron a la tarea de describir una estrategia de diseminación comparando la eficacia relativa de tres métodos de entrenamiento de intervención cognitivo conductual: (a) Exposición al manual, (b) Exposición al manual más sitio web interactivo y (c) Exposición del manual más entrenamiento tradicional (seminario de tres días seguido de supervisión de casos). Participaron 78 profesionales voluntarios y se evaluó la adherencia y habilidades de tratamiento estandarizado para abuso de sustancias con la Escala de Adherencia y Competencia de Yale (The Yale Adherence Competence Scale [YACS] Carroll et al., 2000). Se realizó una línea base, una fase de exposición, y una evaluación post a los tres meses. La condición de Manual incluyó la descripción de las estrategias; la condición de Manual más entrenamiento en línea consideró teoría, preguntas frecuentes, evaluaciones y autoevaluaciones y juego de roles virtual con respuestas escritas; y finalmente, la condición de Manual y seminario implicó tres días, explicación y revisión del manual, videos de modelamiento, juego de roles para cada habilidad y supervisión telefónica sobre videos de atención con una persona real. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas a favor del seminario más supervisión sobre la condición de sólo manual en la adherencia y habilidades así como en la aplicación de la intervención, con puntuaciones intermedias para la condición Web. Aunque los resultados sugieren que se produjo una mejora en la condición “sólo manual”, estos cambios fueron pequeños y de menor duración que los de los profesionales que participaron tanto en la capacitación tradicional o la intervención basada en la

Web. Los resultados también apuntan al potencial del entrenamiento a distancia como una estrategia para la formación de un mayor número de profesionales en nuevos enfoques. Aunque los resultados sugieren que la estrategia tradicional “seminario más supervisión didáctica” fue más eficaz que simplemente proporcionar a los profesionales un manual de capacitación, proporcionar tres días de entrenamiento y varias horas de supervisión fue caro y llevó mucho tiempo para los profesionales (Sholomskas, Syracuse-Siewert, Rounsaville, Ball, Nuro, & Carroll, 2005).

Mitcheson y colaboradores en 2009 examinaron el impacto de un entrenamiento y supervisión en un contexto de tratamiento con un grupo de profesionales que atienden adolescentes en escenarios comunitarios. Emplearon un diseño experimental pre-post (tres meses) con seguimiento (seis meses) con grupo control y experimental. Utilizaron situaciones simuladas con actores que simulaban el papel de una persona en etapa ambivalente al cambio, con problemas de consumo de alcohol o drogas, que se presentaba al servicio. Las sesiones fueron videograbadas y analizadas con un registro de Integridad del Tratamiento con Entrevista Motivacional (Moyers, Manuel, Hendrickson, & Miller, 2005) que evalúa las categorías de empatía, espíritu de entrevista motivacional, dar información, adherencia a entrevista motivacional, no adherencia a entrevista motivacional, preguntas abiertas, preguntas cerradas, reflejo simple y reflejo complejo. Participaron 30 profesionales. La condición de Entrenamiento y supervisión consistió en dos días de taller de entrevista motivacional seguidos de cuatro sesiones de supervisión; adicionalmente, se les proveyó de material para autoestudio. Las cuatro sesiones de supervisión consistieron en dos sesiones individuales con el entrenador y dos sesiones grupales, todas ofrecidas en las seis semanas siguientes del taller. Si la persona atendida lo permitía, grababan las sesiones para la retroalimentación. Para asegurar el autoestudio, se les enviaron tres correos electrónicos con materiales y artículos adicionales, las siguientes tres semanas del entrenamiento. Los resultados no encontraron diferencias en ningún área más que en Entrevista Motivacional.

Parece ser que el entrenamiento que involucra la combinación múltiples componentes como los ensayos y la retroalimentación arroja mejores resultados. El reto es que estos métodos requieren la disponibilidad de expertos, supervisores clínicos y tiempo del profesional, los cuales son costosos para las organizaciones. Es necesario que el campo de implementación determine

cómo secuenciar las actividades de aprendizaje para que sean rentables sin comprometer la formación y los resultados del tratamiento, y cómo utilizar la tecnología de manera más eficaz.

Una preocupación metodológica importante en materia de implementación, tiene que ver con la medición de muy pocos constructos, la adquisición de conocimientos siempre es más fácil de demostrar y es más comúnmente evaluada en comparación con la adquisición de habilidades y competencias. Algunos estudios que han evaluado tanto conocimientos como habilidades han encontrado que estos constructos no siempre aumentan en la misma proporción ni tampoco siempre se correlacionan positivamente. Por ejemplo, Freeman y Morris (1999) encontraron que la significancia estadística se demostró en una medida de conocimiento, pero no en una viñeta clínica donde la aplicación del conocimiento tenía que ejecutarse. Es por ello que el reporte de los resultados de una investigación sólo sobre el conocimiento arroja una visión sesgada de la formación del profesional, pues no es posible determinar si ese conocimiento se traslada correctamente a la aplicación (Baer et al., 2009).

Dado lo anterior, surgen cuestiones que es necesario abordar en las investigaciones de implementación sobre: ¿cuál es el nivel mínimo de habilidad del profesional que podría predecir el éxito o fracaso del entrenamiento?, ¿existen ciertas habilidades que subyacen en los enfoques de tratamiento que deberían considerarse requisitos previos para la capacitación?, ¿qué nivel educativo es necesario para poder beneficiarse de la capacitación? y ¿cuál es el impacto del entrenamiento del profesional en la persona atendida?

La falta de atención a la formación de profesionales competentes contribuye a una brecha entre la investigación sobre tratamiento de abuso de sustancias y la aplicación clínica que se da en los centros de atención. Por el contrario, las estrategias de formación, estandarizadas y eficaces, ofrecen un puente entre las diferencias en los resultados de la investigación y la práctica. Sin embargo, la capacitación no equivale a la implementación. Anteriormente se ha mostrado cuáles son las estrategias efectivas para capacitar a los profesionales de la salud y cómo se han medido los efectos de la capacitación, a pesar de ello, las habilidades que requiere un profesional de la salud para trasladar lo aprendido en una capacitación a la aplicación en escenarios naturales, con personas reales y con perfiles diversos son distintas van más allá de los conocimientos adquiridos en programas de entrenamiento, pues se requiere la toma de decisiones en función de

las características del caso y el ajuste y adaptación de las intervenciones de acuerdo con el avance en el logro de las metas.

Dada la brecha que existe entre la capacitación y la implementación de una intervención basada en la evidencia, es que cobra relevancia el análisis de las acciones que el profesional de la salud realiza dentro de las sesiones y cómo estas acciones dirigen el proceso de atención con las personas que consumen sustancias psicoactivas. En el capítulo siguiente se presentan las estrategias metodológicas con las que se ha abordado el análisis de la conducta del profesional de la salud, sus alcances, limitaciones y el ratio que representa la evaluación de implementación de procedimientos basados en evidencia.

Análisis de la conducta del profesional de la salud en interacción con las personas atendidas

La investigación de procesos en psicoterapia es un campo complejo en el que imperan la confusión conceptual (Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004), la pluralidad metodológica (Hill & Lambert, 2004) y la diversidad de objetivos de investigación (Llewelyn & Hardy, 2001) y en el que el manejo, la integración y la aplicación del conocimiento generado a partir de los estudios realizados en el área se ha convertido en una tarea difícil de realizar.

Frojan y cols. (2008) enmarcan la investigación de lo que sucede en una intervención psicológica en dos supuestos: 1) la conceptualización de la interacción profesional-persona atendida como un proceso de discriminación y reforzamiento a través del cual el profesional, con su propio comportamiento, iría moldeando gradualmente la conducta de la persona atendida en la propia situación clínica (Follette, Naugle, & Callaghan, 1996; Ferro, Valero, & López, 2007; Kohlenberg & Tsai, 1991); y 2) el estudio del lenguaje observado en la clínica desde una perspectiva analítico-funcional (Wilson & Blackledge, 2000; Hayes & Wilson, 1994).

Estudiando directamente lo que sucede durante las sesiones terapéuticas es posible alcanzar los tres objetivos fundamentales perseguidos en la investigación de procesos (Llewelyn & Hardy, 2001): describir cómo se produce la intervención psicológica, formular y contrastar hipótesis acerca de los factores relacionados con el éxito y el fracaso en terapia, y explicar por qué sucede el cambio clínico.

Frojan y cols. (2008) crearon un Sistema de Observación de la conducta del profesional utilizando las grabaciones de 50 sesiones de aproximadamente una hora de duración, procedentes de 11 casos tratados por cinco profesionales en Madrid. Establecieron como unidad de categorización toda conducta verbal manifiesta emitida por el psicólogo durante el desarrollo de cada sesión clínica, es decir, en interacción con las personas que atienden. En un primer momento, desarrollaron un sistema de categorías preliminar a partir de las denominadas operaciones conductuales básicas: observación, presentación de estímulos, disposición de contingencias, disposición de control antecedente, establecimiento de funciones motivacionales y alteración funcional mediante reglas (Pérez, 1996). En concreto, se definieron seis categorías que parecían recoger las distintas funcionalidades que la conducta verbal del profesional podría

desempeñar en la clínica: función discriminativa, evocadora, de refuerzo, de castigo, instruccional y motivacional.

De acuerdo con Hayes, Follete, y Follete, (1995), Hamilton (1988), Rosenfarb (1992) y Follete, Naugle, & Callaghan (1996) es posible entender el cambio terapéutico como un moldeamiento de nuevas conductas a través de contingencias obtenidas en la relación terapéutica. Bajo este paradigma, Froján y cols. (2011) llevaron a cabo análisis conductuales intensivos de diálogos, gran parte de ellos extraídos de sesiones clínicas, utilizando las categorías propuestas por Skinner (1957) en *Verbal Behavior*, intentando expresar lo observado en términos de principios operantes y respondientes. Su objetivo fue identificar topografías del comportamiento verbal de los clínicos que podrían corresponder con las posibles funciones de tal comportamiento. Emplearon como unidad de análisis la frecuencia y la duración de conducta verbal emitida por el psicólogo en su interacción con la persona atendida durante el desarrollo de cada sesión clínica. Analizaron las grabaciones de 101 sesiones clínicas (92 horas y 23 minutos de terapia observados) procedentes de 21 casos tratados por 8 profesionales cognitivo-conductuales en dos centros privados de psicoterapia identificando que las categorías-evento que se dan con más frecuencia fueron: Topografía discriminativa y la Topografía de refuerzo, y las Categorías que aparecen con un porcentaje menor fueron Topografía evocadora y Topografía de castigo; estas últimas fueron las que presentaban los valores más bajos en todas las etapas de la intervención.

De acuerdo con Froján y cols. (2011) la conducta verbal de los psicólogos en sesión, al menos en lo que a su posible funcionalidad se refiere, varía durante el proceso terapéutico. Los profesionales realizarían cuatro tipos de actividades clínicamente relevantes: evaluación, explicación, tratamiento y consolidación del cambio. Estas actividades, probablemente, no tuvieron tanto que ver con la “fase” de intervención sino, fundamentalmente, con el objetivo concreto perseguido por el psicólogo en cada momento del proceso terapéutico. Este hecho podría estar señalando la existencia de ciertos mecanismos de aprendizaje que se pondrían en marcha a partir de la interacción entre profesionales y personas atendidas en distintos momentos de la terapia y que podrían ser, en alguna medida, responsables del cambio clínico. La conducta verbal del psicólogo tiene una trayectoria específica dentro del proceso terapéutico, es decir, no se mantiene estable, sino que se modifica conforme la intervención avanza y posiblemente conforme las metas de tratamiento se van alcanzando.

Otro estudio relevante en la investigación de la conducta del profesional en interacción con las personas atendidas es el de Vargas y Pardo (2014). Estos autores basan su investigación en la conducta gobernada por reglas. El término de regla fue desarrollado por Skinner (1969) que la define como “un estímulo especificador de contingencias”. Se ha destacado el importante papel que tienen las reglas para entender, explicar y promover el cambio clínico de manera general (Plaud & Eifert, 1998; Sturmey, Ward-Horner, Marroquín, & Doran, 2007).

Las reglas extraídas por la persona atendida son cruciales para lograr la generalización del cambio fuera del contexto clínico (Abreu, Costa Hüber, & Lucchese, 2012). En el trabajo de Vargas y Pardo (2014) una regla es definida operacionalmente como una verbalización que señala una relación de contingencia regular y generalizable a distintos contextos que potencialmente puede alterar la función de los elementos incluidos en una secuencia funcional descritos en la misma verbalización. A partir de esta definición, elaboraron un Sistema de Categorización de las Reglas del profesional (SISC-REGLAS-T) a través de la observación de dos díadas profesional-persona atendida.

El Sistema de Observación SISC-REGLAS-T (Vargas & Pardo, 2014) está compuesto por las categorías: Personal Particular, Personal General, Concreta Particular, Concreta General, Indefinida Particular, Indefinida General y de tipo Concepto. Estas variables se referían al tipo de agente (Personal, Concreta, Indefinida y de tipo Concepto) y de contexto (Particular y General). El agente puede ser Personal, cuando es la misma persona atendida; Concreto, cuando el agente de la contingencia es un individuo en particular o un colectivo; Indefinido cuando el agente de la contingencia es indefinido o impreciso; o Concepto, cuando el agente de la contingencia es un ente abstracto. Toda regla Personal, Concreta o Indefinida puede ser también Particular o General; excepto, el tipo de regla Concepto, pues al hacer alusión a una relación abstracta, el contexto va más allá de cualquier situación y, por tanto, analizar el tipo de contexto no es pertinente. El contexto puede ser General, cuando el entorno en el que se desarrolla la conducta es impreciso o Particular, cuando la acción se desarrolla en un entorno que se detalla, pero no se refiere a una situación concreta. De este modo, en una regla se describe un tipo de agente, un tipo de contexto y se especifica uno, dos o los tres elementos de la contingencia.

De acuerdo con Vargas y Pardo (2014), con respecto al tipo de contexto se observa una mayoría de reglas Generales y una minoría de reglas Particulares en todo el proceso terapéutico;

con respecto al tipo de agente, se observa una mayoría de reglas Indefinidas y una minoría de reglas Concretas. Los autores reportan una tendencia a disminuir el número de reglas (tanto de tipo agente como de contexto) hacia la segunda mitad del proceso terapéutico, alrededor de la octava sesión. Las similitudes encontradas entre las emisiones de ambas profesionales sugirieron la existencia de un patrón regular, que consiste en la emisión de una mayoría de reglas Indefinidas y Generales, y una minoría de reglas Concretas y Particulares. Este patrón sugiere que el predominio o escasez de un tipo de regla se relaciona con la actividad llevada a cabo. El escaso número de reglas que caracteriza a las sesiones de evaluación, está relacionado a la actividad predominante en esos momentos, la recogida de información, mientras que el alto número de reglas y la mayoría de reglas Personales sobre las de Concepto, son características de las sesiones destinadas a la explicación del surgimiento y el mantenimiento del problema (Vargas & Pardo, 2014).

Algunos modelos que intentan explicar cómo funcionan las intervenciones han ofrecido interpretaciones de la importancia de la alianza entre la persona atendida y el profesional, sin embargo, pocos han especificado los mecanismos responsables de la mediación de cambio con base en la psicología experimental. La psicoterapia es un proceso de influencia mutua. No sólo el profesional impacta en las respuestas de las personas atendidas, sino que estas también afectan el comportamiento del primero. La eficacia de los profesionales también se ha atribuido a su capacidad para elicitarse el comportamiento de la persona atendida (Wilson & Evans, 1977) en que el primero puede actuar como un estímulo discriminativo para una variedad de respuestas de la segunda.

Aunque se han estudiado las variables de la relación profesional-persona atendida en la terapia eficaz, poco se ha examinado cómo la propia relación terapéutica puede producir un cambio en la terapia (Rosenfarb, 1992). Los problemas de conducta que las personas emiten en sesión (por ejemplo, evitación emocional, la desconfianza, el déficit de asertividad) son de la misma clase de comportamientos que emiten fuera del contexto terapéutico. Esto deriva en la hipótesis de que esos comportamientos interpersonales que se producen en la sesión pueden modificarse directamente por el profesional (Kohlenberg, Tsai & Dougher, 1993).

Las consecuencias de la conducta emitida en la relación personas-profesionales son las que conducen al cambio de las personas. Para que el tratamiento sea efectivo, el profesional

necesita identificar los problemas de comportamiento y moldear comportamientos más funcionales durante la sesión. En concreto, el profesional da forma a la conducta reforzando diferencialmente aproximaciones a los comportamientos interpersonales más útiles. El profesional reduce comportamientos contraproducentes de la persona ya sea por no poder reforzarlos, estableciendo comportamientos competitivos que son más útiles, o en ocasiones castigarlos cuando son perjudiciales para otros. El profesional es un proveedor activo de reforzamiento social con el objetivo final de generalizar las mejoras que se producen a escenarios fuera de la terapia, aplicando un análisis operante básico, el profesional se convierte en un estímulo discriminativo para el aprendizaje de ensayo y error de la persona atendida, y ésta se pone en contacto con las consecuencias de estos comportamientos. El profesional establece propiedades de estímulo únicas como oportunidad para que el comportamiento de la persona atendida se refuerce al participar en la interacción (Follette, Naugle & Callaghan, 1996).

Follette y Callaghan (1995) describen una metodología para evaluar la eficacia de la terapia mediante el uso de probabilidades condicionales y diseños de línea de base múltiple. La codificación del comportamiento de la persona atendida y la respuesta contingente del profesional permitiría evaluar si los problemas de comportamiento de ésta en la sesión están disminuyendo y los comportamientos más efectivos están aumentando. Se podría utilizar un registro simple acumulativo para demostrar que los comportamientos efectivos de las personas están incrementando a través del tiempo mientras que las respuestas menos eficaces, disminuyen (Follette & Callaghan 1995). Con el fin de probar si estos cambios son el resultado del refuerzo contingente del profesional, los investigadores podrían codificar la conducta de la persona atendida y el profesional, y emplear una aproximación secuencial (Bakeman & Gottman, 1986; Rosenfarb, 1992), probando como la probabilidad de un respuesta de la persona cambia en función del refuerzo contingente de un profesional. El análisis secuencial indica la probabilidad condicional de un evento que ocurre después de un evento de destino especificado y se puede utilizar para investigar la relación estadística entre las secuencias de variables que se cree que están relacionadas. Estos análisis son especialmente adecuados para descubrir relaciones momento a momento entre las variables. Si la terapia funcionó como se esperaba, se puede demostrar que las personas emiten respuestas más eficaces en función del tipo de retroalimentación que les da el profesional. Este tipo de demostración empírica de cómo el

proceso de terapia impacta en los resultados y cómo mecanismos específicos son responsables del cambio es algo que falta demostrar en la mayoría de las terapias psicológicas (Follette, 1995).

Los procedimientos de evaluación que identifican las características funcionales de la conducta, son herramientas importantes para identificar las fuentes de reforzamiento que mantienen los problemas de conducta para subsecuentemente desarrollar programas de tratamiento (Iwata et al., 2000).

Se han reportado varias técnicas para la evaluación funcional del comportamiento, incluyendo métodos indirectos como entrevistas y cuestionarios, análisis descriptivos vía observación directa y manipulaciones sistemáticas de condiciones ambientales (Iwata, Vollmer, & Zarcone, 1990). Los métodos más precisos para identificar la función de la conducta están derivados de procedimientos que son usados comúnmente en análisis conductual aplicado y se caracterizan por mediciones objetivas de la conducta en curso, tomadas bajo múltiples mediciones y condiciones control, en las cuales los eventos antecedentes y consecuentes están claramente prescritos y se han arreglado de tal manera que permiten identificar la relación funcional entre el ambiente y la conducta. Estos métodos se conocen como análisis experimental o funcional de la conducta (Iwata, 2000).

Una estrategia que es empleada actualmente en el análisis funcional es la situación simulada con confederados entrenados. La situación simulada, es una situación estandarizada donde se controlan los estímulos que se le presentan al participante y permiten generar una muestra adecuada de la conducta a observar (Lane, Hood, & Rollnick, 2008).

Iwata y colaboradores (2000), realizaron una investigación cuyo objetivo fue evaluar los efectos de un programa de entrenamiento diseñado para establecer competencias básicas de análisis funcional; particularmente, la medida en la que individuos sin entrenamiento podrían implementar análisis funcional con mínima instrucción y la cantidad de entrenamiento que es necesario para producir un alto nivel de exactitud técnica. Participaron 11 estudiantes de un curso de análisis conductual aplicado, sin experiencia práctica en el uso de la metodología de análisis funcional. Las personas atendidas fueron ocho estudiantes confederados, con amplia experiencia en análisis funcional quienes simulaban tales roles. El análisis funcional involucró la implementación de procedimientos típicos en tres condiciones de evaluación: atención, demanda y juego. La correcta implementación de las condiciones de evaluación implicaba la entrega y

retiro de eventos antecedentes y consecuentes prescritos por el profesional. Para la situación simulada se desarrollaron una serie de guiones que especificaban la ocurrencia de varias conductas de la persona atendida (definidas operacionalmente) durante una evaluación simulada de cinco minutos (autolesiones, interrupción, juego apropiado, obediencia e interacción social). Se balanceó la secuencia y la ocurrencia temporal de las conductas de la persona atendida en quince escenarios distintos y se observó la ejecución en el profesional en una situación simulada de análisis funcional.

Todas las sesiones duraron cinco minutos y fueron videograbadas y registradas usando un procedimiento de registro de intervalo parcial de tiempo. Las conductas de la persona atendida fueron registradas durante todas las sesiones y se efectuaron comparaciones de estos datos con las secuencias especificadas en el guion como medida de fidelidad del procedimiento; estas comparaciones siempre excedieron en 90% de acuerdo. Los registros de los observadores fueron comparados intervalo por intervalo, y se calculó un porcentaje de acuerdo, dividiendo el número de acuerdos (de la ocurrencia y no ocurrencia de una conducta) entre el número de acuerdos más desacuerdos, multiplicado por 100% ($[A/A+D]100$). La media de acuerdo fue de 93.9%.

Para entrenar al confederado, Iwata y colaboradores (2000) dieron las instrucciones y la descripción de los procedimientos de manera escrita a los participantes. Un estudiante de grado revisó los componentes centrales de cada condición y mostró una simulación en video a los participantes. Posteriormente, los participantes contestaron un cuestionario de 20 preguntas de la evaluación del proceso. Si los participantes puntuaban menos del 90% el instructor revisaba las respuestas y los exponía nuevamente al video para posteriormente volver a administrar el cuestionario. Después de este entrenamiento en grupo, los participantes ejecutaban la situación simulada, primero se les permitía utilizar el guion y después se les daba retroalimentación de su ejecución, después de tres sesiones de línea base. Si el participante obtenía menos de 95% de respuestas correctas durante la sesión, el entrenador observaba el video junto con el participante, indicándole lo que hizo adecuadamente y las oportunidades de mejora. El procedimiento se repitió hasta que el participante alcanzó más del 95% de acuerdo en tres sesiones seguidas. Los participantes llevaron a cabo las situaciones simuladas y el efecto del entrenamiento se evaluó en un diseño de línea base múltiple entre sujetos. Cinco participantes realizaron tres sesiones de

análisis funcional en línea base antes de recibir tratamiento, mientras los otros 6 participantes cumplieron seis sesiones de línea base antes de recibir el entrenamiento.

La ejecución de los participantes en el estudio de Iwata et al. (2000) se midió a través del porcentaje de respuestas correctas de los participantes. La ejecución de línea base fue relativamente alta desde el inicio (M=69.9%). Los participantes mejoraron después del entrenamiento (M=97.5%). Una comparación individual de las ejecuciones entre condiciones mostró que ninguna media de línea base excedió el 90% antes del entrenamiento, mientras que después del entrenamiento, todas las medias fueron mayores al 95%. Todos los participantes mejoraron después de recibir dos horas de entrenamiento, lo que fue consistente con el hecho de leer materiales adicionales, observar un video, pasar un cuestionario y recibir retroalimentación de su ejecución. Estos resultados sugieren que los participantes con preparación académica equivalente a licenciatura pueden adquirir rápidamente un conjunto de habilidades básicas para el análisis funcional del comportamiento.

También se han empleado las situaciones simuladas como componente del entrenamiento de los profesionales. Lane, Hood, y Rollnick (2008), emplearon ensayos conductuales con compañeros reales y simulados como parte del entrenamiento en Entrevista Motivacional y Moore y Fisher (2007) emplearon ensayos conductuales con personas atendidas simuladas y reales, además de videos de modelamiento para evaluar la ejecución del análisis de la triple contingencia de la conducta de autolesiones en niños.

Un aspecto relevante de la estrategia de situaciones simuladas es el entrenamiento del confederado y la certeza de que éste ejecuta la situación de manera correcta. En los estudios de Iwata y colaboradores (2000), emplean la fidelidad del procedimiento y el porcentaje de acuerdo entre observadores como medidas de validez de las intervenciones. Bennett et al. (2007), propusieron que el indicador de consistencia de la situación simulada implica obtener resultados similares en un mismo evaluado a pesar de que la situación sea aplicada por distintos confederados y el indicador de validez implica que las personas que a priori se espera difieran de otras, deberán mostrar resultados distintos al ser evaluados con la misma situación simulada. Es necesario entonces, retomar estos indicadores de validez y confiabilidad de las situaciones simuladas para asegurar su viabilidad como estrategia de evaluación en la interacción entre el profesional y la persona atendida.

Dado que la mayoría de los estudios sobre habilidades del profesional de la salud han evaluado únicamente la conducta de este (mediante listas de cotejo, registros observacionales, instrumentos psicométricos), y no presentan su análisis en función de la conducta de la persona atendida, ni se explica de qué manera estos patrones modifican la conducta de esta o si se relacionan con el éxito de la intervención, se vuelve necesario abordar la intervención como un proceso dinámico que requiere de una metodología que permita comprender su desarrollo.

Asumiendo que la intervención es un proceso de interacción conductual entre el profesional y la persona atendida mediante el cual se aplican estrategias encaminadas a promover un cambio en la conducta de consumo de sustancias, el análisis de su implementación requiere considerar a la intervención como un sistema dinámico, en el que la interacción entre ambos participantes de la diada cambia en función de los distintos momentos de la intervención y sus acciones producen una configuración de patrones que permitiría la identificación de los componentes conductuales característicos de una intervención efectiva. Es por ello que se requiere el acercamiento a la perspectiva de análisis microgenéticos como respuesta conceptual y metodológica al estudio de la implementación de intervenciones basadas en evidencia.

Sistemas dinámicos y Diseños microgenéticos

La Teoría de Sistemas Dinámicos aborda el problema de la descripción de la forma en que los sistemas complejos cambian con el tiempo. Desde la perspectiva de la Teoría de Sistemas Dinámicos, los constituyentes restringen las múltiples acciones de forma que el sistema complejo se organiza y reorganiza con el tiempo en una serie de patrones semi - estables de comportamiento llamado atractores (Kelso, 1995; Kugler, Kelso, & Turvey, 1982; Prigogine & Stengers, 1984). Los constituyentes, en otras palabras, cambian entre sí en el proceso de convergencia hacia un atractor.

Los Sistemas Dinámicos tienen tres características principales: 1) Los sistemas dinámicos están siempre cambiando; 2) pueden percibirse patrones de estabilidad en el flujo de cambio; y 3) el cambio y la estabilidad emergen de la participación del observador con el Sistema.

Es relativamente fácil contar el tiempo, duración, y número de acciones particulares dentro del patrón, estos se pueden contar por separado para cada diada y se pueden utilizar modelos estadísticos para verificar los patrones estables recurrentes en el nivel macro. El peligro, sin embargo, es que en este método se corre el riesgo de congelar el fenómeno, es decir, dejar de lado que estos patrones se sostienen por un proceso dinámico.

Existen tres niveles de cambio en los Sistemas Dinámicos. El Nivel 1, denominado Secuencia versus Proceso en el micronivel implica un cambio de uno a otro comportamiento dentro de un atractor. Por ejemplo, en un juego madre-hijo, cara a cara, hay un ciclo en el que ambos sonríen o no sonríen, hacen contacto visual, etc.; el cambio ocurre cuando la diada cambia de una a otra acción mutua. Cada instancia de este atractor que se repite días o semanas tiene un patrón similar de actividad, sin embargo, es distinto a la instancia anterior de este atractor. Estos cambios de micronivel se denominan variabilidad ordinaria dentro de un atractor estable (Fogel, Garvey, Hsu, & West- Stroming, 2006).

En el Nivel 2, denominado Secuencia vs Proceso en el macronivel, debido a que la variabilidad ordinaria (Nivel 1) del sistema micro dentro de un atractor está cambiando dinámicamente en tiempo real, una innovación (Nivel 2) es un "cambio en el patrón de cambio". Los sistemas hacen transiciones cuando el cambio en el patrón de cambio es notable, es decir, el cambio se convierte informativo o significativo a los constituyentes. Por ejemplo, las parejas en

un noviazgo pueden mantener una variabilidad ordinaria dinámicamente estable sin hablar de un compromiso más serio. Cuando esa conversación comienza - acerca de la exclusividad o sobre el matrimonio - hace una gran diferencia para la realización de la variabilidad normal en curso.

Finalmente, en el Nivel 3, denominado Secuencia vs Proceso de cambio de desarrollo, un sistema social de comportamiento tiene un número finito de diferentes atractores, como diferentes tipos de juego en la relación padre-hijo. En el desarrollo, todo el sistema de atractores -el comportamiento colectivo del sistema como un todo cambia. El cambio del desarrollo es la creación de nuevos patrones de atractores y la pérdida de otros. El desarrollo es la desestabilización, reorganización y re-estabilización del sistema colectivo de atractores históricos (Fogel et al., 2006; Thelen & Smith, 1994). En las ciencias del comportamiento, este concepto también se ha llamado descubrimiento, la creatividad, la construcción de la novedad y la transformación (Fogel, et al, 2006).

Un sistema dinámico es un conjunto de variables relacionadas, es decir, componentes intercambiables que afectan a los estados y las propiedades de cada uno. Un sistema dinámico se caracteriza por relaciones de mutua determinación: A afecta a B y viceversa. El estado de cualquiera de los componentes se determina por las propiedades de todo el sistema, incluyendo el propio componente. Todo el sistema define las limitaciones de recursos dentro de la cual cada uno de los componentes puede variar (Thelen & Smith, 1994).

Un ejemplo de la aproximación de los sistemas dinámicos es el trabajo de Lichtwarck y Van Geert (2004) quienes exploraron el comportamiento social en la adolescencia. El comportamiento social se define como un atractor auto-organizado, basado en una red de causas proximales. En algunos casos, el desarrollo social se altera, lo que lleva a un comportamiento problemático en la adolescencia. El atractor requiere un cambio y este se logra por ejemplo, mediante la intervención. La intervención es un intento de controlar el sistema complejo de auto-organización, es decir, redes de causas proximales. Se ha observado que las intervenciones exitosas hacen exactamente eso: cambiar la red de causas proximales, dentro de las normas y límites de los contextos en los que se produce el comportamiento social de los adolescentes. Entender el mecanismo de tales cambios requiere un enfoque diferente para el estudio y la evaluación de la intervención, es decir, un enfoque en las diversas dinámicas de las trayectorias individuales (Lichtwarck & Van Geert, 2004).

La intervención comienza como un factor exógeno con la intención de influir en la trayectoria del sistema de auto-organización (Boker & Graham, 1998). Pronto, la intervención se convierte en una parte del proceso dinámico. Por esta razón, los resultados de una intervención siempre dependen de la dinámica de la red en la que se incorporan. La intervención puede considerarse como un factor de recursos adicionales y temporales dentro de la composición de la red. La tarea de una intervención es ayudar a crear nuevos atractores y profundizar en los ya existentes. Sin embargo, el comportamiento es dependiente del contexto: es posible que la persona atendida muestre el comportamiento deseado en el contexto del tratamiento, pero se desplaza de nuevo a la conducta no deseada si regresa al antiguo entorno de pares. Esto ocurre si una dinámica diferente se produce en el contexto del tratamiento en comparación con el contexto de pares. Un contexto diferente puede contener diferentes factores causales que resultan en diferentes dinámicas y estados atractor (Lichtwarck & Van Geert, 2004).

Ollendick y King (2004) discuten el caso de los tratamientos basados en manuales y refieren que el uso de manuales parece contradecir la noción de auto-organización. Sin embargo, los manuales pueden dar estructura al complejo sistema de intervención. Al limitar los grados de libertad del sistema terapéutico complejo, el manual de ayuda al profesional a estructurar la red de interacciones que deben dar lugar a un nuevo estado atractor, es decir, el efecto terapéutico deseado.

Métodos de estudio en Sistemas Dinámicos: Diseños microgenéticos.

La investigación trata de descubrir los principios básicos del cambio con el fin de promover los cambios deseados en un sistema y evitar cambios no deseados y trata de identificar los procesos que crean cambios duraderos, así como los procesos que mantienen los sistemas en los estados deseables.

Los diseños clásicos transversales y longitudinales para observar dicho cambio sólo permiten captar estados estáticos en distintos momentos. Un análisis de los trabajos publicados en los últimos años muestra este viraje desde los estudios tradicionales más cuantitativos cuyo interés se centra en los patrones y tendencias grupales hacia estudios basados en el individuo, estudios de casos que parten de perspectivas más centradas en la variabilidad que en la regularidad como la teoría de los sistemas dinámicos o la teoría microgenética (García, Gilabert, & Rojo, 2011). Esta característica permite informar de manera detallada sobre lo que ocurre en

momentos de transición en lugar de inferir la información entre los estados inicial y final de la transición (Cheshire, Muldoon, Francis, Lewis, & Ball, 2007).

El sello distintivo de la investigación de sistemas dinámicos es el estudio del cambio mientras está ocurriendo, en lugar de limitarse a la comparación de antes y después. Los diseños microgenéticos permiten al investigador observar de cerca los procesos de cambio, en lugar de productos o resultados.

En los diseños microgenéticos, las observaciones se hacen en casos particulares con relativa frecuencia con el fin de observar los cambios relevantes. Los casos (un sistema particular de interés) se observan durante un periodo de cambio de desarrollo, las observaciones se realizan antes, durante y después de un periodo en el que ocurre el cambio. El cambio puede ser espontáneo o debido a una intervención planeada, hay una elevada densidad de observaciones que se realizan en intervalos más cortos que el intervalo requerido para que el cambio de desarrollo ocurra y las observaciones se analizan intensivamente con el objetivo de identificar el proceso histórico que da lugar al cambio en el desarrollo (Fogel, 2006; 2011).

Tal como recogen Flynn, Pine, y Lewis (2007), la metodología microgenética requiere el cumplimiento de tres requisitos: (1) Las observaciones deben “cercar estrechamente” el periodo de cambio de la competencia objeto de análisis. Para ello es necesario que el investigador tenga una previsión del periodo temporal en el que el desarrollo de la competencia tiene lugar, así como de las características de la conducta objeto de observación para poder interpretar cualquier cambio en relación con dicha conducta. (2) Se deben generar datos minuciosos en una recolección de datos repetida e intensiva en la que la densidad de las observaciones es alta respecto a la velocidad del cambio. Se toman medidas repetidamente para registrar estabilidad, continuidad, y cambios en la conducta observada. Finalmente, (3) las observaciones registradas del cambio en la conducta deben someterse a un análisis intensivo con el fin de captar el proceso subyacente que lo produce. El periodo de tiempo, así como el número de sesiones puede variar mucho de un diseño a otro. Pueden ser diseños de una sola sesión de 30 minutos de duración o bien de múltiples sesiones, con varios encuentros semanales con una duración de varios meses (Kuhn, Garcia-Mila, Zohar, & Andersen, 1995; Kuhn, Schauble, & Garcia-Mila, 1992; Siegler & Jenkins, 1989).

La metodología microgenética tiene varias fortalezas. Por un lado, permite analizar el cambio en directo, mientras se está produciendo, permite al investigador observar de cerca los procesos de cambio, en lugar de productos o resultados (Fogel, 2006; 2011; Cheshire, Muldoon, Francis, Lewis, & Ball, 2007) y proporciona datos sobre la trayectoria, la velocidad, la amplitud, la variabilidad y el origen del cambio. Además, permite observar la variabilidad intra-individual y por último, el método microgenético no restringe la perspectiva teórica desde la que se aborda el análisis (Miller & Coyle, 1999).

Considerando a la intervención psicológica como un proceso de interacción entre el profesional de la salud y la persona atendida, resulta sumamente relevante asegurar que la conducta del profesional, genera los efectos desados en la conducta de consumo de las personas que solicitan atención. Algunas investigaciones sugieren que los profesionales de la salud no adoptan los protocolos de terapia cognitivo conductual adecuadamente (Frojan, et al., 2011). Los procedimientos de tratamiento utilizados por los clínicos se alejan cada vez más de los principios experimentales sobre los que se han construido, y se van reduciendo a un conjunto de pasos estandarizados que se aplican mecánicamente (Frojan, et al., 2011).

Los profesionales de la salud perciben dificultades sobre los protocolos de terapia cognitivo conductual: tardan un tiempo considerable en aprenderse, los manuales son rígidos y no son fáciles de implementar en sus lugares de trabajo (Baumann, Kolko, Collins, & Herschell, 2006).

Se han realizado pocos estudios en los que se evalúe cómo el conocimiento se convierte en actividades terapéuticas en escenarios reales, o cómo las habilidades del profesional se relacionan con la conducta de la persona atendida (Klech et al., 2013); por lo que es necesaria la integración de la mejor investigación disponible al entrenamiento de profesionales en el contexto de las características de las personas atendidas, su cultura y sus preferencias (APA, Task Force on Evidence Based Practice, 2006).

Por lo anterior, el objetivo del presente trabajo fue evaluar la relación entre la abstinencia de la persona atendida y el nivel de implementación de procedimientos de intervención basados en principios del aprendizaje a través del análisis microgenético de su interacción en escenarios clínicos. El análisis exhaustivo mediante la observación de la conducta del profesional en función

de la persona atendida y viceversa permite la identificación de los patrones conductuales específicos que se relacionan con el proceso de cambio y la efectividad de la intervención.

Se planteó para el desarrollo del proyecto general, un diseño mixto en dos fases: Fase 1. Entrenamiento del profesional de la salud, a través de un diseño cuasi-experimental pre-post test y Fase 2. Análisis de la interacción profesional de la salud-persona atendida, a través un diseño microgenético de las sesiones de intervención. A continuación, se describe el método de cada una de las Fases.

Fase I. Entrenamiento del profesional de la salud.

Método

Objetivo específico. Determinar el efecto del tipo de entrenamiento en el nivel de implementación de los procedimientos de intervención basados en principios del aprendizaje por el profesional de la salud.

Participantes

Se trabajó con 283 profesionales de la salud, elegidos por conveniencia, que laboraban en una institución de salud e implementaban las Intervenciones Breves como parte de sus actividades cotidianas. Los participantes fueron asignados por la institución a uno de tres grupos: (1) Capacitación en procedimientos - presencial, (2) Texto programado – plataforma + capacitación en procedimientos - presencial y (3) Grupo control. En la Tabla 1 se muestran las características principales de los participantes por grupo.

Tabla 1.
Características de los participantes en cada grupo de comparación.

Variable	Procedimientos	TP + Procedimientos	Control
N	110	91	82
Sexo	Hombre: 22.7% Mujer: 77.3%	Hombre: 25.7% Mujer: 74.3%	Hombre: 24.5% Mujer: 75.5%
Edad	35.4 (DE=6.9)	34.5 (DE=9.8)	36.9 (DE=7.4)
Años de experiencia	6.3 (DE=3.7)	6.1 (DE=2.9)	6.7 (DE=3.2)
Escolaridad	Licenciatura: 50% Especialidad: 28.2% Maestría: 20.9% Doctorado: .9%	Licenciatura: 63.6% Especialidad: 18.2% Maestría: 18.2% Doctorado: 0%	Licenciatura: 59% Especialidad: 23% Maestría: 16.8% Doctorado: 1.2%

Instrumentos

Examen general de conocimientos. Cuestionario de opción múltiple de 30 reactivos que identifica los conocimientos en las áreas de Condicionamiento clásico, Condicionamiento operante, Adicciones y elección y Aplicación de principios básicos.

Lista Cotejable del nivel de implementación de las intervenciones breves (Anexo 1).

Identifica el nivel de implementación de procedimientos, evaluado mediante una rúbrica, donde se definen los criterios para asignar la puntuación, calculando el porcentaje de implementación de cada procedimiento por oportunidad para cada sesión y posteriormente obteniendo el porcentaje promedio de implementación. Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.9 para la escala general. Con respecto a la concordancia entre observadores ($n=6$), se promedió la concordancia de cinco sesiones por cada observador (cruzadas con los otros cinco observadores) tomadas aleatoriamente y se obtuvo un índice de Kappa de Cohen de 0.76.

La lista está dividida en 36 categorías distribuidas en 9 factores: a) Planeación de la intervención: Identifica el nivel de intervención, establece la dosis de la intervención y maneja la resistencia de la persona atendida; b) Identificación del patrón de consumo: Obtiene información sobre el patrón de consumo de la persona atendida (sustancia, cantidad, frecuencia, duración, etc.), califica y retroalimenta y utiliza esa información dentro de la intervención; c) Evaluación: Califica, retroalimenta y emplea instrumentos y resultados de evaluación dentro de la intervención; d) Establecimiento de meta de consumo: Identifica y define la conducta meta de consumo en conjunto con la persona atendida; e) Establecimiento de meta alternativa: Identifica, define y monitorea las metas de conducta alternativa al consumo; f) Motivación y sensibilización: Implementa estrategias de entrevista motivacional tales como enfatizar consecuencias negativas del consumo, beneficios del cambio, escucha reflexiva y fomentar autoeficacia; g) Análisis funcional: Identifica y analiza estímulos antecedentes al consumo, la conducta de consumo y las consecuencias asociadas a éste; h) Establecimiento de conducta alternativa: Programa conducta alternativa definiéndola operacionalmente e identificando contexto, pasos y obstáculos para realizarla; i) Ensayos conductuales: Explica, modela y retroalimenta la ejecución de habilidades por parte de la persona atendida dentro de las sesiones.

Procedimiento

Evaluación inicial del profesional de la salud. Se aplicó el Examen General de Conocimientos a los profesionales de la salud. Posteriormente, se expuso al profesional a una situación de interacción estandarizada con una persona atendida ficticia, misma que se video-grabó y a través de la cual, se evaluaron las conductas de interacción asociadas a la

implementación de procedimientos basados en principios del aprendizaje por el profesional de la salud.

La situación simulada es una situación estandarizada donde se controlan los estímulos que se presentan al participante y generan una muestra adecuada de conducta a observar (Lane, Hood, & Rollnick, 2008; Moore & Fisher, 2007; Bennett et al., 2007). La situación que se empleó en el presente trabajo es una situación desarrollada exprofeso para el mismo y consta de una serie de 13 categorías y 29 estímulos que se le presentan al profesional, basados en el análisis funcional de la conducta de consumo de una persona atendida y la planeación de conducta alternativa (Ver Anexos 2 y 3). Los estímulos representan las respuestas típicas de una persona que consumía alcohol con nivel de abuso. Cinco participantes del sexo femenino (tres estudiantes de pregrado y dos profesionales con maestría) fueron entrenados para ejecutar la situación simulada, obteniendo una adherencia al procedimiento de 100% en los cinco casos y una confiabilidad entre observadores de 82%.

Las confederadas entrenadas explicaron a cada participante, de manera individual, la evaluación conductual a través de la situación simulada, obtuvieron su consentimiento para la videograbación y ejecutaron la situación simulada. Al finalizar la evaluación, los participantes pasaron a la fase de entrenamiento, sin haber recibido retroalimentación de su ejecución en la situación simulada.

Entrenamiento del profesional de la salud. A partir de los datos obtenidos en el diagnóstico sobre los facilitadores, barreras y adaptaciones para la adopción de los programas de intervención breve (Martínez et al., 2018), se diseñó una estrategia de capacitación que consideró, por un lado, la inclusión de un componente sobre principios básicos del aprendizaje y por otro lado, las modificaciones reportadas por los profesionales de la salud y su relación con los resultados de los programas.

Los 283 participantes fueron asignados por conveniencia, por su propia institución de procedencia a alguna de las tres condiciones: 1) Capacitación en procedimientos -presencial (n= 110), 2) Texto programado - plataforma + Capacitación en procedimientos – presencial (n= 91) y 3) Grupo control en lista de espera (n= 82). Las características de cada condición se describen a continuación.

Condición 1. Capacitación en procedimientos - presencial. Los participantes asignados a este grupo recibieron un entrenamiento presencial de cuatro sesiones en el cual revisaron los fundamentos teóricos de los procedimientos de las intervenciones breves, particularmente los principios básicos de condicionamiento clásico y operante, así como la implementación de estos procedimientos particulares, a partir de una Guía Clínica (CICAD-OEA, 2017) que propone la identificación de variables críticas para la adaptación de las intervenciones (Identificación del nivel de intervención, Identificación de la meta de consumo, Definición operacional de la meta de consumo, Identificación de las metas de conducta alternativa, Definición operacional de las metas de conducta alternativa, Dosis de intervención, Evaluación de las metas y ajustes en el plan de tratamiento) y la toma de decisiones a partir de un algoritmo de intervención que considera los cambios en estas variables y el ajuste que debe realizarse en la implementación en función del progreso de la persona atendida en las metas establecidas.

Un instructor experto le presentó al participante, el objetivo y contenidos generales, explicó los fundamentos teóricos de la intervención y explicó la estructura de componentes y actividades que constituyen cada uno de los procedimientos de intervención. Se realizaron ejercicios escritos y ensayos conductuales de cada componente, mismos que fueron monitoreados, retroalimentados y evaluados por el instructor.

Los participantes contaron con una agenda de trabajo sobre las actividades; los contenidos temáticos de la capacitación se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2.

Contenido temático de la Capacitación en procedimientos - presencial

Temario de la capacitación
Principios básicos en intervenciones breves <ul style="list-style-type: none"> ○ Condicionamiento clásico ○ Condicionamiento operante ○ Adicciones ○ Aplicación en las intervenciones
Guía clínica de implementación de las intervenciones breves <ul style="list-style-type: none"> ○ Conceptualización de las intervenciones breves en adicciones ○ Implementación de una intervención breve: toma de decisiones basadas en evidencia ○ Evaluación de la conducta de consumo ○ Plan de tratamiento ○ Establecimiento de metas

Condición 2. Texto programado - plataforma + Capacitación en procedimientos - presencial. Los participantes asignados a este grupo cursaron un entrenamiento en línea de ocho semanas, basado en el diseño de Holland y Skinner (1990), que ha sido útil para la adquisición de conocimientos sobre los mecanismos que regulan la conducta de los organismos y que consiste en una estrategia de aprendizaje de los principios básicos del comportamiento humano adaptada a una plataforma Moodle ® través de reactivos de conocimiento progresivo. Cada reactivo constó de dos partes: la primera parte es la unidad de conocimiento; en ella aparece escrita determinada información la cual requiere una contestación del conocimiento adquirido que el participante escribe directamente en el espacio proporcionado para ello. La segunda parte, es la retroalimentación, que le indica al participante si la respuesta fue correcta, a través de una imagen y leyenda en la pantalla; en el caso de que la respuesta fuera incorrecta, se le retroalimentaba al participante, dándole la oportunidad en dos ocasiones de volverlo a intentar, si en la tercera ocasión la respuesta era incorrecta, se le presentaba automáticamente en la pantalla la respuesta correcta para que el participante la escribiera en el espacio correspondiente. Una vez que el participante acertaba en la respuesta, avanzaba al siguiente reactivo.

El Texto Programado está compuesto por las 14 áreas (1980 reactivos) propuestas originalmente por Holland y Skinner (1990) y un área adicional que incorpora el tema de elección en la última sección: conducta refleja (229 reactivos), condicionamiento operante: conceptos elementales (181 reactivos), condicionamiento operante: contingencias precisas (142 reactivos), moldeamiento (116 reactivos), reforzamiento intermitente (266 reactivos), control de estímulos (217 reactivos), privación (59 reactivos), emoción (64 reactivos), conductas de evitación y escape (100 reactivos), emoción II (55 reactivos) castigo (156 reactivos), análisis científico e interpretación de casos complejos (127 reactivos), autocontrol (64 reactivos), interpretación de la personalidad (189 reactivos), adicción y elección (25 reactivos).

Los participantes contaron con un cronograma de trabajo que les indicó en qué tiempo debían completar cada sección, así mismo, las secciones estuvieron disponibles sólo en las fechas acordadas para evitar que los participantes se atrasaran o se adelantaran y se controló y supervisó su avance por un experimentador quién resolvió dudas directamente con los participantes a través de la plataforma de manera asincrónica.

Los participantes asignados a este grupo recibieron posterior a cursar el Texto Programado, la Capacitación en procedimientos - presencial, como está descrita en el apartado anterior.

Condición 3. Grupo control. Los profesionales asignados a este grupo, fueron evaluados de la misma manera que los dos grupos experimentales, pero no recibieron ningún tipo de entrenamiento, quedando en una lista de espera para capacitación posterior.

Evaluación post del profesional de la salud. Una vez concluidos los entrenamientos, se aplicó el Examen de Conocimientos a los profesionales de la salud de las tres condiciones. En el siguiente apartado se presentan los resultados de esta primera Fase.

Consideraciones éticas.

Las confederadas entrenadas para la evaluación conductual explicaron previamente a cada profesional de la salud que la situación simulada sería videograbada, enfatizando que la información obtenida sería estrictamente confidencial, conservando el anonimato. Se les informó el objetivo, los procedimientos a implementar y el uso que recibiría la información, asegurando el resguardo del material estrictamente y sólo para el uso con fines de investigación, de acuerdo a los lineamientos de la Asociación Americana de Psicología (APA, 1993; 2002; 2005). Todos los participantes asentaron su consentimiento mediante una firma (ver Anexo 4).

Análisis de datos.

Se presentan en primer lugar análisis descriptivos sobre la ejecución de los participantes en la evaluación conductual. Posteriormente, se presentan las comparaciones de medias de los datos pre y post entrenamiento y análisis de varianza para identificar diferencias entre los tres grupos de comparación.

Resultados Fase I.

Al inicio de la capacitación presencial en ambos grupos, se aplicó una estrategia de evaluación conductual a través de una situación simulada estandarizada (ver Figura 2). Al respecto, se analizó el nivel de implementación de los procedimientos basados en principios del

aprendizaje a través de la observación directa de la ejecución de los participantes y de manera general, se observó un nivel de implementación medio (52.1%). Destacaron con mayores niveles de implementación, las áreas de Análisis funcional (72.4%), Motivación y sensibilización (61.2%), Establecimiento de meta de consumo (56.7%), Planeación de conducta alternativa (53.6%) y Planeación de la intervención (51.2%). Por el contrario, las áreas de menor nivel de implementación fueron: Ensayos conductuales (46.5%) y Establecimiento de meta alternativa (38.1%).

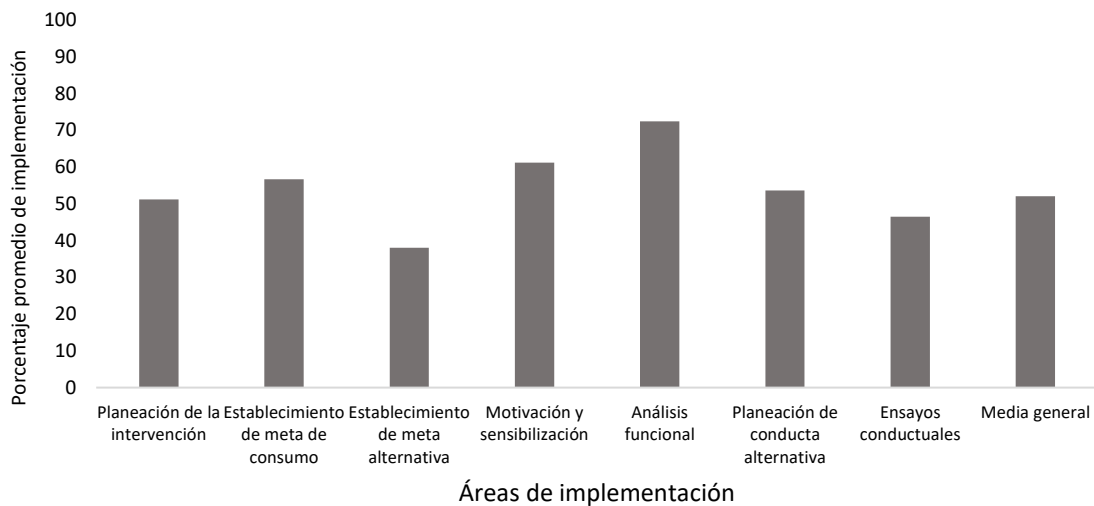


Figura 2. Porcentaje de implementación de los procedimientos de las intervenciones breves en una situación simulada de evaluación.

Con la finalidad de analizar el efecto de la capacitación, se compararon las medias de la evaluación pre y post para cada uno de los tres grupos de comparación (Capacitación en procedimientos - presencial, Texto programado más Capacitación en procedimientos presencial y Control).

Como se observa en la Figura 3, para el caso del grupo en Capacitación en procedimientos presencial, se observa que en el área de Condicionamiento clásico los participantes obtuvieron un puntaje inicial de 5.2 ($DE=1.8$) que incrementó a 6.3 ($DE=2.0$) después de la capacitación, siendo esta diferencia estadísticamente significativa $t(109)= -3.9$, $p<.001$; en el caso de Condicionamiento operante, al inicio los participantes mostraron un puntaje promedio de 4.8 ($DE=1.39$), que incrementó a 5.4 ($DE=1.98$); el área de Aplicación se obtuvo en la evaluación pre

una media de 4.3 ($DE=1.70$) y en la posterior, una media de 4.7 ($DE=1.83$); en el área de Adicciones las diferencias fueron significativas con un puntaje promedio inicial de 5.7 ($DE=1.73$) y uno posterior a la capacitación de 6.8 ($DE=2.64$) $t(109) = -4.2, p < .001$; y finalmente en el puntaje global el incremento se dio de 5.1 ($DE=0.86$) a 5.8 ($DE=2.11$) al finalizar la capacitación.

Con respecto al grupo en Texto programado - plataforma más Capacitación en procedimientos - presencial, se observa que en el área de Condicionamiento clásico los participantes obtuvieron un puntaje inicial de 5.7 ($DE=2.2$) que incrementó a 6.7 ($DE=1.8$) después de la capacitación $t(90) = -2.4, p = .02$; en el caso de Condicionamiento operante, al inicio los participantes mostraron un puntaje promedio de 5.4 ($DE=1.5$), que incrementó a 6.2 ($DE=1.5$) $t(90) = -3.7, p < .001$; el área de Aplicación se obtuvo en la evaluación pre una media de 4.7 ($DE=1.7$) y en la posterior, una media de 5.2 ($DE=1.5$), siendo esta la única diferencia que no fue estadísticamente significativa; en el área de Adicciones el puntaje promedio inicial fue de 6.3 ($DE=1.9$) y el posterior a la capacitación fue de 6.9 ($DE=2.1$) $t(90) = -1.5, p = .04$; y finalmente en el puntaje global el incremento se dio de 5.8 ($DE=1.4$) a 6.3 ($DE=1.2$) $t(90) = -3.3, p < .002$, al concluir la capacitación.

Finalmente, para el caso del grupo Control, se observó que en el área de Condicionamiento clásico los participantes obtuvieron un puntaje inicial de 5.1 ($DE=1.4$) que se mantuvo en 5.2 ($DE=2.1$) después de la capacitación; en el caso de Condicionamiento operante, al inicio los participantes mostraron un puntaje promedio de 4.6 ($DE=1.51$), que se mantuvo en 4.8 ($DE=1.9$); en el área de Aplicación se obtuvo en la evaluación pre una media de 4.2 ($DE=1.70$) y en la posterior, una media de 4.1 ($DE=1.75$); en el área de Adicciones el puntaje promedio inicial fue de 5.9 ($DE=1.63$) y el posterior a la capacitación fue de 6.2 ($DE=2.1$), siendo esta la única diferencia estadísticamente significativa $t(81) = -1.9, p < .03$; y finalmente en el puntaje global el incremento se dio de 4.9 ($DE=1.86$) a 5.0 ($DE=1.5$) al finalizar la capacitación.

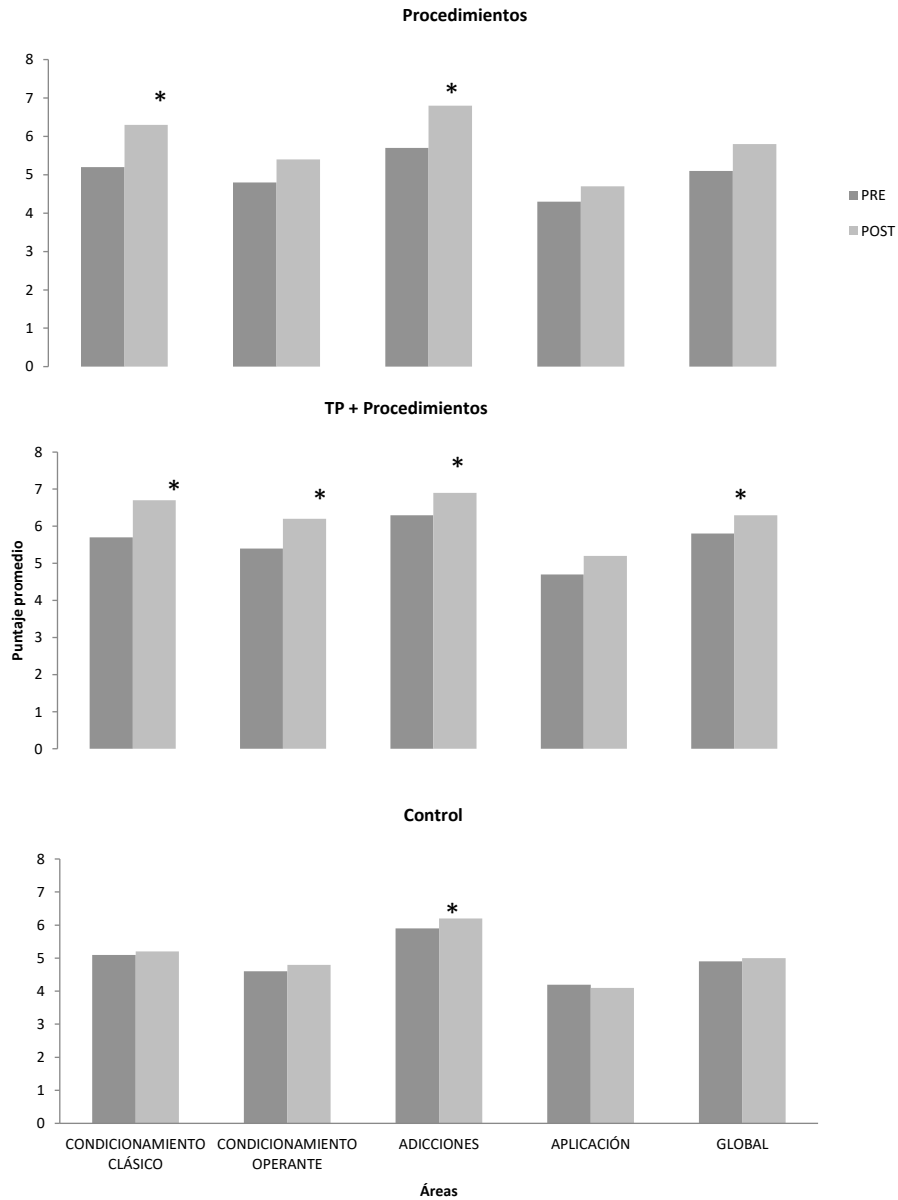


Figura 3. Puntaje promedio obtenido por los participantes por procedimiento para cada grupo de capacitación: Procedimientos (gráfica superior), TP + procedimientos (gráfica intermedia) y Control (gráfica inferior), antes y después del entrenamiento.

Aunado a los indicadores de la Capacitación en procedimientos - presencial, en la condición que incluye el Texto programado - plataforma, los resultados de la ejecución de los participantes muestran una media de 7.69 puntos (ver Figura 4). Las áreas con menor puntaje fueron las referentes a Moldeamiento ($M=7.62$, $DE=1.4$) y Adicción y Elección ($M=7.7$,

$DE=1.35$), mientras que las áreas con mayor puntaje fueron las correspondientes a Privación ($M=8.29$, $DE=1.33$) y Condicionamiento Operante Consecuencias Efectivas ($M=8.21$, $DE=1.23$).

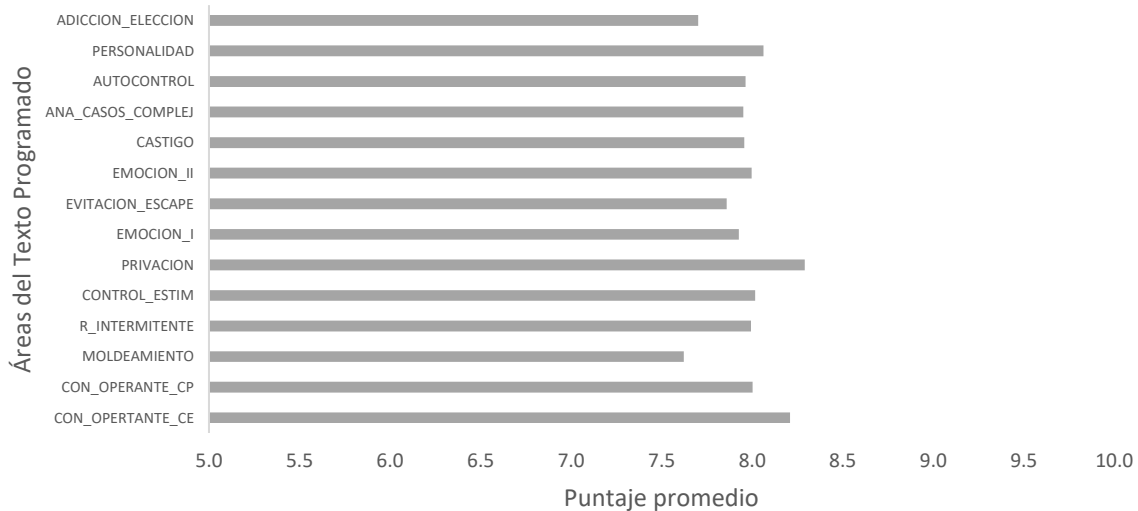


Figura 4. Puntaje promedio de conocimientos obtenido por los participantes en cada una de las áreas del Texto Programado - plataforma.

Posteriormente se compararon las medias del pre y post entre los grupos, mediante un análisis de varianza de una vía (ANOVA) con la finalidad de identificar la condición que favorece en mayor medida la adquisición de conocimientos y habilidades en los participantes. Al respecto, los resultados mostraron diferencias entre grupos en las distintas áreas de conocimiento (Ver Figura 5).

En el caso de Condicionamiento Clásico, no existieron diferencias significativas entre grupos en la evaluación previa a la capacitación y, por el contrario, un análisis pos hoc indicó que existieron diferencias significativas en los puntajes de la post evaluación entre el grupo control ($M=5.2$, $DE=1.9$) y la condición de capacitación presencial ($M=6.3$, $DE=1.6$) y el grupo control ($M=5.2$, $DE=1.9$) y la condición de texto programado más capacitación presencial ($M=6.7$, $DE=2.1$). No se obtuvieron diferencias entre las dos condiciones de capacitación.

Con respecto al área de Condicionamiento Operante, previo a la capacitación, el análisis pos hoc indicó que existían diferencias significativas entre el grupo control ($M=4.6$, $DE=2.2$) y el grupo con capacitación presencial ($M=5.4$, $DE=1.9$). Posterior a la capacitación, se observaron

diferencias significativas entre las tres condiciones, siendo el grupo que recibió Texto programado y Capacitación presencial el que obtuvo mayores puntajes ($M=6.2$, $DE=2.5$), seguido del grupo con Capacitación presencial ($M=5.4$, $DE=1.7$) y finalmente el grupo control que tuvo los puntajes más bajos ($M=4.8$, $DE=1.8$).

En el área de Adicciones, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control ($M=6.2$, $DE=1.8$) y el grupo con capacitación presencial ($M=6.8$, $DE=2.9$) y entre el grupo control ($M=6.2$, $DE=1.8$) y la condición de texto programado y capacitación presencial ($M=6.9$, $DE=1.7$). Entre los grupos de capacitación y texto programado más capacitación, no hubo diferencias significativas.

Con respecto al área de Aplicación, los puntajes promedios no difirieron antes de la capacitación, mientras que, posterior a la capacitación, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control ($M=4.1$, $DE=3.1$) y el grupo que recibió capacitación presencial ($M=4.7$, $DE=1.4$) y entre el grupo control ($M=4.1$, $DE=3.1$) y el grupo con texto programado y capacitación presencial ($M=5.2$, $DE=1.6$). No se observaron diferencias significativas entre los grupos que recibieron capacitación.

Considerando las medias globales, no se observaron diferencias en la evaluación previa a la capacitación, pero sí en los puntajes promedio obtenidos posterior a la capacitación, siendo el grupo control el que obtuvo los menores puntajes ($M=5$, $DE=2.4$), seguido del grupo que recibió capacitación presencial ($M=5.6$, $DE=1.1$) y finalmente, del grupo que recibió texto programado más capacitación presencial ($M=6.3$, $DE=1.5$), siendo este en el que se presenta los mayores puntajes globales.

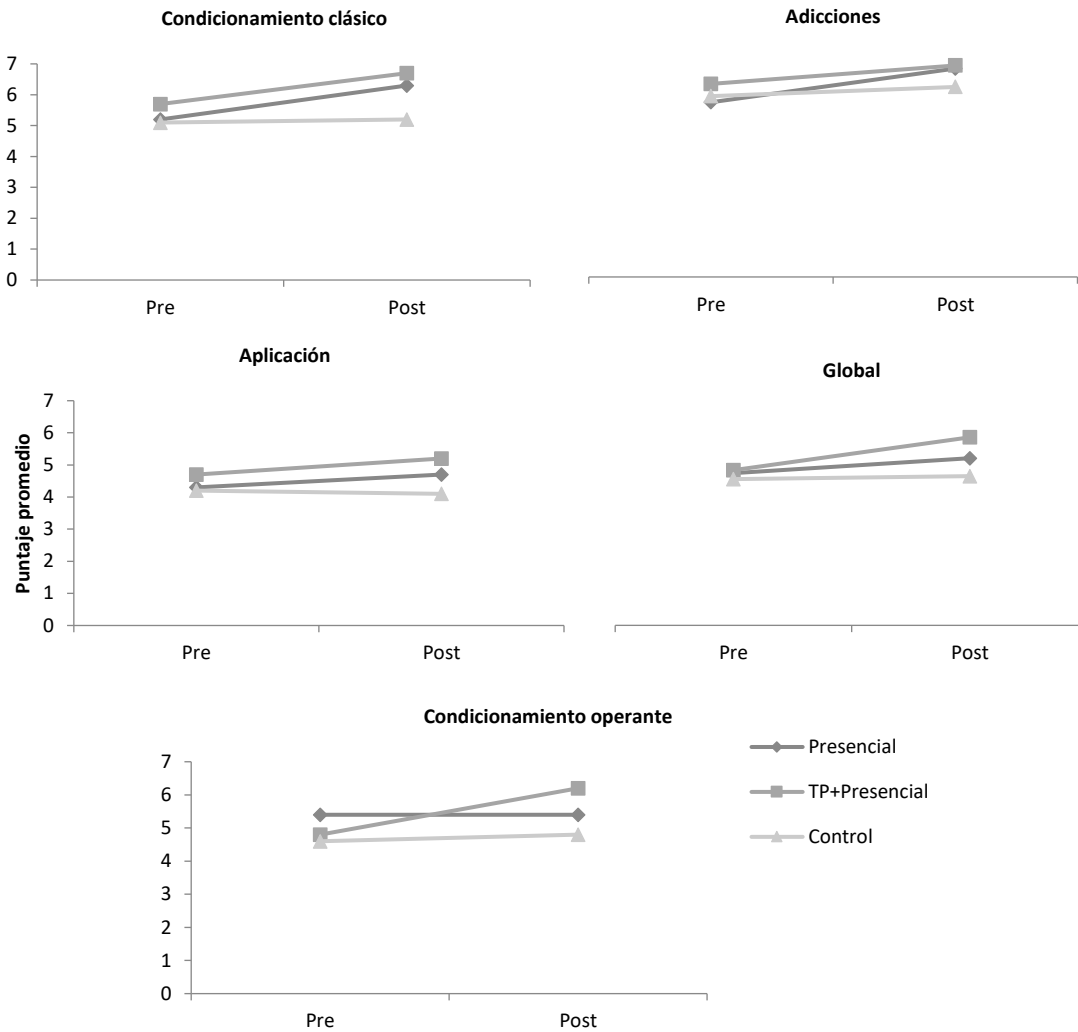


Figura 5. Medias pre-post de cada área: Condicionamiento clásico (gráfica superior izquierda), Aplicación (gráfica intermedia izquierda), Condicionamiento operante (gráfica inferior), Adicciones (gráfica superior derecha), Global (gráfica intermedia derecha), para el grupo Procedimientos presencial, grupo Texto programado plataforma + Procedimientos presencial y grupo Control

Fase II. Análisis de la interacción del profesional de la salud con la persona atendida

Método

Objetivo específico. Determinar la relación entre la abstinencia de la persona atendida y el nivel de implementación de los procedimientos de intervención basados en principios del aprendizaje por el profesional a través del análisis microgenético de su interacción en escenarios naturales.

Participantes

De los 201 participantes que recibieron entrenamiento en la Fase 1, la institución de procedencia asignó por conveniencia para esta segunda fase a 109 psicólogos de la Secretaría de Salud. El 26% fueron hombres y el 74% mujeres, con 6.2 ($DE=1.1$) años promedio de experiencia. A cada uno de los participantes le fueron asignados de uno a tres personas a su servicio, dependiendo de las necesidades de la institución, que voluntariamente acudieron a un centro de prevención en adicciones. Por lo tanto, participaron 329 personas que presentaban nivel de abuso de la sustancia de impacto, de los cuales, 82% fueron hombres y 28% mujeres, con una media de edad de 34.3 ($DE=5.3$) años, cuya sustancia de impacto fue alcohol para el 68.14%, marihuana para el 29% y cocaína para el 2.86%).

Instrumentos

Sistema de Observación Directa de la Interacción entre el profesional y la persona atendida. Sistema de observación directa de la conducta del profesional de la salud en interacción con la persona atendida, constituido por: 1) *Lista Cotejable del nivel de implementación de las intervenciones breves* (Anexo 1): 36 categorías distribuidas en nueve factores (Análisis funcional [5], Establecimiento de conducta alternativa [6], Ensayos conductuales [4], Identificación de patrón de consumo [4], Evaluación [3], Establecimiento de meta alternativa [4], Planeación de la intervención [3], Motivación [5], Establecimiento de meta de consumo [2]), que identifican la implementación de procedimientos, evaluado mediante una rúbrica con tres niveles de implementación y concordancia inter-observadores ($n=6$) de 0.76 en el índice Kappa de Cohen; 2) *Registro secuencial de observación de la interacción profesional-persona atendida* (Anexo 3): Sistema de observación constituido por 12 categorías y 22

descriptores, tres observadas en el profesional y la persona atendida (Pregunta simple, Escuchar y Otras respuestas), seis observadas sólo en el profesional (Estructurar, Indagar, Devolver, Analizar, Guiar y Enseñar) y tres observadas sólo en la persona atendida (Conducta descriptiva, Ejecución y Planeación). El sistema cuenta con una concordancia inter-observadores ($n=6$) de 0.73 y 0.76 en el índice Kappa de Cohen para las categorías de profesional y la persona atendida, respectivamente, obtenidas mediante el promedio de cinco sesiones aleatorias por cada observador (cruzadas con los otros cinco observadores). Las definiciones operacionales, así como ejemplos de las categorías se presentan en el Anexo 3.

Procedimiento

La institución de procedencia asignó a los participantes de uno a tres personas que cubrieran los criterios de inclusión; dicha asignación forma parte de sus actividades cotidianas. El profesional le explicó previamente a cada persona recibida que sus sesiones serían videograbadas para fines de monitoreo y supervisión y la persona y el terapeuta firmaron el consentimiento informado al respecto (ver Anexo 4).

Cada participante fue monitoreado por uno de los ocho asesores expertos en intervenciones breves que participaron. Los asesores acreditaron un posgrado en adicciones con 2300 horas de práctica supervisada y fueron entrenados en el registro y retroalimentación de la ejecución de profesionales de la salud durante cinco sesiones, asegurando que alcanzaron una confiabilidad mínima entre observadores del 80%.

Una vez asignadas las personas, el asesor, se puso en contacto con cada participante, a fin de presentarse y enviarle, vía correo electrónico, las siguientes instrucciones relacionadas con las videograbaciones:

Estimado participante, bienvenido a esta fase cuyo objetivo es retroalimentar tu ejecución en interacción con usuarios reales, ello con la finalidad de reforzar tus habilidades, asegurar la adecuada implementación de los principios básicos en las intervenciones breves y asegurar el logro de la meta del usuario.

Para lo anterior, deberás entregar a tu asesor, los videos de tres casos completos de usuarios, cuya sustancia de impacto sea alcohol, marihuana o cocaína y que sean atendidos con intervención breve. El asesor te retroalimentará cada semana a partir de la observación y el registro de tu ejecución, indicándote aquellas acciones que estás realizando de manera adecuada, así como aquellos aspectos que se puedan mejorar, con la finalidad de fortalecer tus habilidades y guiar al usuario al logro de su meta.

La dinámica será la siguiente:

- 1. Identificar al usuario que cumple con los criterios de inclusión.*
- 2. Informarle al usuario que las sesiones serán videograbadas para fines de investigación y que la confidencialidad de su identidad y datos será resguardada en todo momento.*
- 3. Asentar su consentimiento con la firma en el formato “Consentimiento informado”.*
- 4. Enviar a tu asesor el consentimiento informado firmado del usuario escaneado vía correo electrónico.*
- 5. Videgrabar cada una de las sesiones que realices con el usuario (desde la admisión hasta el egreso). El video debe contener la parte en donde realizas el análisis funcional de la conducta de consumo del usuario y la parte de los planes de acción para la semana. Recuerda incluir siempre el análisis de los disparadores del consumo, la descripción de consumo (cantidad, frecuencia, duración), las consecuencias positivas y negativas inmediatas y a largo plazo, así como detallar los planes de acción que el usuario implementó o implementará para lograr la reducción o abstinencia.*
- 6. Se te harán llegar a través de tu coordinador estatal, 9 reactivos antidoping, para que los apliques al inicio, en medio y al final de tu intervención con cada usuario, a manera de control.*
- 7. Deberás enviar cada semana a tu asesor, el vídeo de cada usuario a través de google drive (se anexa instructivo).*
- 9. El asesor te retroalimentará semanalmente la sesión que tengas con tus usuarios de tal manera que la siguiente vez que los veas, puedas aplicar las recomendaciones y sugerencias pertinentes.*

Una vez establecida la comunicación entre el participante y el asesor, el profesional de la salud llevó a cabo la intervención, adherido a sus procedimientos institucionales y a la guía clínica (CICAD-OEA, 2017) en la que previamente fueron entrenados. Típicamente, la intervención se administra en seis sesiones con periodicidad semanal de 50 minutos de duración. Las primeras dos sesiones son de admisión y evaluación en las cuales se identifica la problemática y se evalúa el patrón de consumo. En la tercera sesión, se realiza un análisis de ventajas y desventajas del consumo de sustancias y de la suspensión (efectos y consecuencias) y se establece la conducta meta de la intervención. Posteriormente, en la cuarta sesión se trabaja con el análisis funcional de la conducta de consumo. En la sesión cinco, se trabaja con la planeación de estrategias para la suspensión del consumo y planeación de actividades alternativas a través de modelamiento, ensayos conductuales y retroalimentación. Finalmente se realiza una evaluación post y seguimiento del cambio conductual. A lo largo de toda la intervención existe un automonitoreo constante de la conducta de consumo a través de registros, tareas a casa y la aplicación de marcadores biológicos en saliva para verificar consumo.

Cada sesión de interacción se registró mediante el *Sistema de Observación Directa de la Conducta de aplicación de los procedimientos conductuales* y se retroalimentó al profesional de manera individual, vía correo electrónico, en términos de nueve actividades de la intervención: Implementación general, Identificación del patrón de consumo, Evaluación, Referencia, Sensibilización y motivación, Análisis funcional de la conducta de consumo, Planes de acción sobre conducta alternativa, Ejecución de conducta alternativa, Egreso y seguimiento de la persona atendida y Rescate. La retroalimentación brindada sesión tras sesión por el asesor experto consistió en la devolución de la ejecución de acuerdo con los criterios de la Rúbrica y Lista Cotejable del nivel de implementación de las intervenciones breves, indicando las fortalezas y áreas de oportunidad en cada uno de los rubros, así como señalando las oportunidades que el participante tuvo para ejecutar alguna de las conductas en función de la conducta de la persona atendida.

Consideraciones éticas.

El profesional de la salud explicó previamente a cada persona asignada que las sesiones serían videograbadas para fines de monitoreo y supervisión y, tanto la persona como el profesional de la salud, firmaron el consentimiento informado al respecto (ver Anexo 4). Se enfatizó a los participantes que la información obtenida sería estrictamente confidencial, conservando el anonimato. Se les informó claramente el objetivo, los procedimientos a implementar y el uso que recibiría la información, asegurando el resguardo del material estrictamente y sólo para el uso con fines de investigación, de acuerdo a los lineamientos de la Asociación Americana de Psicología (APA, 1993; 2002; 2005).

Análisis de datos.

Para analizar los datos de interacción desde la perspectiva microgenética se siguió una lógica de análisis generales hacia análisis específicos, iniciando con análisis generales de los niveles de implementación y análisis predictivos para identificar procedimientos específicos relacionados con los resultados de la intervención, análisis de tendencia de la implementación de la intervención para observar variaciones en el proceso, análisis secuenciales sobre los patrones que se configuran en función de los resultados de intervención y finalmente análisis de proceso, identificando los patrones diferenciales en cada etapa de intervención.

Resultados Fase II

Niveles de implementación y análisis predictivos. En primer lugar, con la muestra total ($n= 219$ diadas) se realizaron análisis de los niveles de implementación de los participantes en situaciones reales en cada una de las áreas que representan los procedimientos principales de una intervención breve: Análisis funcional, Establecimiento de conducta alternativa, Ensayos conductuales, Identificación del patrón de consumo, Evaluación, Establecimiento de meta alternativa, Planeación de intervención, Motivación y Establecimiento de meta de consumo.

De manera general, en la muestra completa de los participantes (Figura 6) se observa niveles de implementación de medios a altos, esto es, por arriba del 50%, siendo el promedio general, 71.1%. Los mayores niveles de implementación se obtuvieron en las áreas de Establecimiento de meta de consumo ($M=79.1\%$, $DE=24.6$), Identificación de patrón de consumo ($M=77.8\%$, $DE=23.7$), Planeación de la intervención ($M=77.6\%$, $DE=23.6$), Motivación ($M=77.1\%$, $DE=19.8$) y Análisis funcional ($M=73.1\%$, $DE=20.8$) mientras que los menores niveles de implementación se presentaron en las áreas de Ensayos conductuales ($M=50.4\%$, $DE=23.8$), Establecimiento de meta alternativa ($M=66.8\%$, $DE=22.7$), Establecimiento de conducta alternativa ($M=68.7\%$, $DE=22.8$) y Evaluación ($M=69.1\%$, $DE=28.5$).

Lo que estos niveles de implementación reflejan a nivel clínico es que los profesionales son capaces de implementar procedimientos relacionados con el análisis de la conducta de consumo de sustancias, sin embargo, las estrategias relacionadas con establecer la conducta alternativa al consumo, a través de su análisis y la promoción de ensayos conductuales para su adquisición, son las que se implementan en menor medida, al tratarse de habilidades más complejas, que tienen como prerrequisito el haber realizado una adecuada evaluación funcional del consumo de sustancias de la persona atendida.

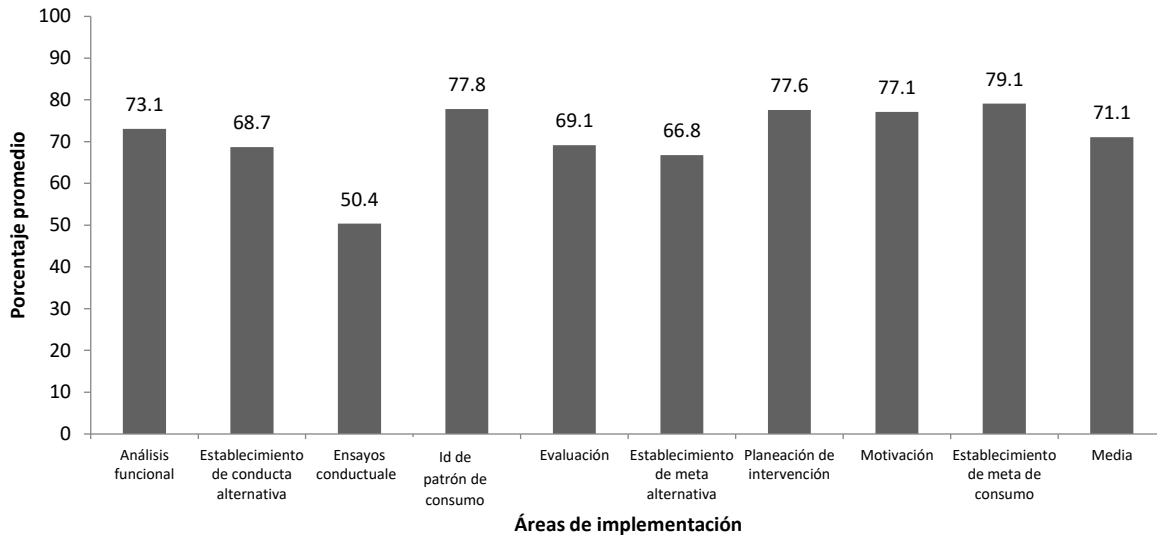


Figura 6. Porcentaje promedio de implementación en cada una de las áreas, por la muestra general.

Con la finalidad de identificar la relación entre los niveles de implementación por parte del profesional de la salud y las variables implicadas en el éxito de la intervención, se dividió la muestra en grupos de comparación con tres indicadores: la conclusión de la intervención, el logro de la meta de la intervención y la abstinencia de la persona atendida.

Con respecto a la variable de *conclusión de la intervención*, se realizó una *t* de student para muestras independientes, con la finalidad de comparar los niveles de implementación en las diadas que lograron la conclusión del caso ($n=108$) y aquellas cuyas personas atendidas desertaron de la intervención ($n=111$). Los análisis mostraron niveles de implementación significativamente mayores en todas las áreas de implementación, en los profesionales que tienen casos concluidos en comparación con aquellos cuyas personas desertaron. La implementación de los procedimientos de la intervención breve en el caso de las diadas que concluyeron la intervención varió en promedio entre el 55.5% ($DE=25.1$, en Ensayos conductuales) y el 86.1% ($DE=20.3$, en Establecimiento de meta de consumo), mientras que en el caso de las diadas con deserción, el rango del promedio de implementación de los procedimientos fue más bajo, situándose entre el 43.2% ($DE=18.3$, para Ensayos conductuales) y 74.4% ($DE=24.2$, en Planeación de la intervención) (ver Tabla 3).

Tabla 3.

Diferencias entre los niveles promedio de implementación de los procedimientos de la intervención breve del grupo de casos concluidos y del grupo de casos con deserción.

Procedimiento	Casos concluidos		Casos con deserción		Diferencias		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig</i>
Análisis funcional	76.9	18.4	69.3	22.3	2.7	217	.006
Establecimiento de conducta alternativa	72.4	21.5	64.0	23.6	2.6	192	.008
Ensayos conductuales	55.5	25.1	43.2	18.3	3.1	134	.001
Identificación del patrón de consumo	84.1	18.1	73.8	26.0	2.1	83	.03
Evaluación	78.0	27.0	62.5	28.0	2.7	95	.007
Establecimiento de meta alternativa	71.1	22.3	61.9	22.3	3.0	221	.002
Planeación de la intervención	81.1	22.6	74.4	24.2	2.0	196	.045
Motivación	82.1	18.9	72.4	19.5	4.0	214	<.001
Establecimiento de meta de consumo	86.1	20.3	72.3	26.4	4.2	212	<.001

Las diferencias sugieren que existe una estrategia de implementación de la intervención diferenciada en aquellas diadas que concluyeron la intervención y aquellas que desertaron; implicando que el tipo de egreso de la persona atendida está relacionado con una alta proporción de implementación por parte del profesional de la salud de los procedimientos basados en evidencia que componen la intervención.

Se realizó un análisis de regresión logística binaria con la variable *conclusión de la intervención*, con la finalidad de identificar qué áreas de implementación predicen la conclusión de la intervención (ver Tabla 4). Al respecto se encontró que el modelo que considera todos los procedimientos como predictores fue estadísticamente significativo ($p < .001$), indicando que el modelo es capaz de distinguir entre los casos completos e inconclusos. El modelo completo explica entre el 15% (Cox and Snell R square) y 20% (Nagelkerke R squared) de la varianza y clasifica correctamente el 65.2% de los casos.

Las categorías que tuvieron una contribución estadísticamente significativa al modelo fueron: Establecimiento de conducta alternativa $OR=.9888$ (95% *CI*, .99-1.007), Ensayos conductuales $OR=.9884$ (95% *CI*, .98-.99), Establecimiento de meta alternativa $OR=.9889$ (95% *CI*, .98-.99) y Establecimiento de meta de consumo $OR=.9921$ (95% *CI*, .98-.99). Esto indica que el incremento en el puntaje de implementación de las cuatro áreas, se relaciona con una menor proporción de casos de inconclusos. Esta precisión en las diferencias implica que los

procedimientos identificados como predictores, que en su mayoría refieren a la identificación, establecimiento, definición y planeación de la conducta alternativa al consumo, son particularmente importantes para que la persona atendida concluya la intervención al dotarlo de estrategias para optar por opciones distintas a la conducta de consumo de sustancias en su contexto cotidiano.

Tabla 4.
Análisis de regresión logística binaria con las áreas de implementación como predictores del tipo de egreso.

Área	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Odd ratio (Exp(B))
Análisis funcional	-0.0011	0.0042	0.0788	1	0.7788	0.9988
Establecimiento de conducta alternativa	-0.0111	0.0046	5.8219	1	0.0158	0.9889
Ensayos conductuales	-0.0115	0.0052	4.9212	1	0.0265	0.9884
Identificación de patrón de consumo	0.0022	0.0038	0.3518	1	0.5530	1.0022
Evaluación	0.0034	0.0036	0.8969	1	0.3436	1.0034
Establecimiento de meta alternativa	-0.0110	0.0045	6.0437	1	0.0139	0.9889
Planeación de intervención	0.0013	0.0037	0.1304	1	0.7180	1.0013
Motivación	0.0019	0.0057	0.1223	1	0.7264	1.0019
Establecimiento de meta de consumo	-0.0078	0.0038	4.2362	1	0.0395	0.9921
Constante	1.7628	0.4775	13.6266	1	0.0002	5.8290

*Variable de referencia: Casos inconclusos.

Con respecto a la variable de *abstinencia*, se realizó una *t* de Student para muestras independientes, con la finalidad de comparar los niveles de implementación de los procedimientos por los profesionales de la salud cuyas personas atendidas lograron la abstinencia ($n=64$) y aquellos profesionales cuyos personas atendidas continuaron consumiendo ($n=155$). Los análisis mostraron niveles de implementación significativamente diferentes en las áreas de Ensayos conductuales, donde se observa un nivel promedio de implementación de 29.2% ($DE=30.5$) en el grupo de casos en abstinencia y 16.3% ($DE=28.5$) en el grupo de casos con consumo, Identificación de patrón de consumo, donde se observa un nivel promedio de implementación de 17% ($DE=35.4$) en el grupo de casos en abstinencia y 39.2% ($DE=4.2$) en el grupo de casos con consumo y Establecimiento de meta de consumo, donde se observa un nivel promedio de implementación de 70.1% ($DE=33.8$) en el grupo de casos en abstinencia y 54.2% ($DE=41.4$) en el grupo de casos con consumo (ver Tabla 5).

Las diferencias en la implementación de los procedimientos de Ensayos conductuales y Establecimiento de meta alternativa confirman la importancia de estas actividades como vía necesaria para lograr la abstinencia, al fortalecer las alternativas que tiene la persona al consumo de sustancias. En el caso del procedimiento de Identificación del patrón de consumo, parece ser que una implementación baja es la que favorece el logro de la abstinencia, al proporcionar el tiempo necesario en las sesiones para implementar los procedimientos relacionados con el análisis del consumo y la conducta alternativa a éste.

Tabla 5.

Diferencias entre los niveles promedio de implementación de los procedimientos de la intervención breve del grupo que logró abstinencia y del grupo que permaneció en consumo.

Procedimiento	Grupo con Abstinencia		Grupo con Consumo		Diferencias		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig</i>
Análisis funcional	57.9	33.2	53.5	36.8	-.79	217	.41
Establecimiento de conducta alternativa	56.5	33.4	46.8	39.9	1.7	192	.1
Ensayos conductuales	29.2	30.5	16.6	28.5	2.7	134	.006
Identificación del patrón de consumo	17.4	35.4	39.2	40.2	-3.8	83	<.001
Evaluación	25.3	37	23.7	35.2	-.29	95	.77
Establecimiento de meta alternativa	56.5	30.4	50.7	33.9	1.2	221	.25
Planeación de la intervención	60.3	39.8	49.9	40.2	-1.6	196	.09
Motivación	74.4	24.5	67.5	28.9	1.7	214	.10
Establecimiento de meta de consumo	70.1	33.8	54.2	41.4	-2.9	212	.005

Con la variable de *abstinencia*, se realizó un análisis de regresión logística binaria con la finalidad de identificar qué áreas de implementación predijeron el logro de la abstinencia por la persona atendida (ver Tabla 6). Al respecto, el modelo que considera todos los procedimientos como predictores fue estadísticamente significativo ($p<.001$), indicando que permite distinguir entre los casos en abstinencia de aquellos con consumo. El modelo completo explica, entre el 14% (Cox and Snell R square) y 20% (Nagelkerke R squared) de la varianza y clasifica correctamente el 71.9% de los casos. Las categorías que tuvieron una contribución estadísticamente significativa al modelo fueron: Identificación de patrón de consumo $OR=1.01$, Motivación $OR=.98$, y Establecimiento de meta de consumo $OR=1.01$. Estos resultados son relevantes clínicamente, pues confirmaron la relación que existe entre el establecimiento de metas y los aspectos motivacionales, como el refuerzo de la autoeficacia y la escucha reflexiva con el

logro de la abstinencia. Así mismo, con el análisis predictivo se mostró la relación negativa entre altos niveles de implementación de actividades relacionadas con la identificación del patrón de consumo, que interfirieron con la aplicación de otras estrategias clínicamente como el trabajo sobre la conducta alternativa al consumo.

Tabla 6.

Análisis de regresión logística binaria con las áreas de implementación como predictores de la abstinencia.

Área	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Análisis funcional	0.0064	0.0054	1.4054	1	0.2358	1.0064
Establecimiento de conducta alternativa	-0.0036	0.0056	0.4322	1	0.5108	0.9963
Ensayos conductuales	-0.0075	0.0068	1.2192	1	0.2695	0.9924
Identificación de patrón de consumo	-0.0113	0.0048	5.4247	1	0.0198	1.0113
Evaluación	-0.0047	0.0049	0.9395	1	0.3324	0.9952
Establecimiento de meta alternativa	-0.0039	0.0057	0.4711	1	0.4924	0.9960
Planeación de la intervención	0.0027	0.0048	0.3294	1	0.5660	1.0027
Motivación	0.0160	0.0076	4.4040	1	0.0358	0.9841
Establecimiento de meta de consumo	0.0125	0.0053	5.5228	1	0.0187	1.0126
Constante	-0.5544	0.5376	1.0634	1	0.3024	0.5744

*Variable de referencia: abstinencia

Con respecto a la variable de *logro de la meta*, se realizó una *t* de student para muestras independientes, con la finalidad de comparar los niveles de implementación de los procedimientos por los profesionales de la salud cuyas personas atendidas lograron la meta de la intervención ($n=83$), que pudo ser abstinencia o reducción y aquellos cuyas personas atendidas no alcanzaron los objetivos ($n=136$). Los análisis mostraron niveles de implementación significativamente diferentes en las áreas de Ensayos conductuales, donde se observó un nivel promedio de implementación de 29.5% ($DE=31.2$) en el grupo de casos que lograron la meta y 12.3% ($DE=23.5$) en el grupo de casos que no lograron la meta, Identificación de patrón de consumo, donde se observó un nivel promedio de implementación de 19.1% ($DE=36.5$) en el grupo de casos que lograron la meta y 40% ($DE=39.5$) en el grupo de casos que no lograron la meta y Motivación, donde se observó un nivel promedio de implementación de 74.5% ($DE=24.7$)

en el grupo de casos que lograron la abstinencia y 65.1% ($DE=29$) en el grupo de casos que no lograron la abstinencia (ver Tabla 7).

Nuevamente los aspectos motivacionales resultaron una variable diferenciadora y la medida en la que se implementaron los ensayos conductuales, favoreció el logro de las metas de intervención. Estos resultados fueron consistentes con los análisis de abstinencia, que indicaron que la identificación del patrón de consumo en niveles altos no promueve el logro de las metas.

Tabla 7.

Diferencias entre el nivel promedio de implementación de los procedimientos de la intervención breve del grupo que logró la meta de consumo (abstinencia o reducción) y del grupo que permaneció en consumo.

Procedimiento	Logro		Consumo		Diferencias		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig</i>
Análisis funcional	55.3	37	53.6	31.6	.28	194	.76
Establecimiento de conducta alternativa	56	34.3	45.6	39.1	1.7	194	.10
Ensayos conductuales	29.5	31.2	12.3	23.5	3.5	194	<.001
Identificación del patrón de consumo	19.1	36.5	40	39.5	-3.3	194	.002
Evaluación	25.2	36.8	21.2	32.4	.69	194	.46
Establecimiento de meta alternativa	56.8	31.4	48.2	31.7	1.64	194	.10
Planeación de la intervención	51.2	40.8	59.1	38.5	-1.2	194	.22
Motivación	74.5	24.7	65.1	29	2.2	194	.04
Establecimiento de meta de consumo	66.3	34.1	56.9	41.4	-1.4	194	.11

Con la variable *logro de la meta*, se realizó un análisis de regresión logística binaria con la finalidad de identificar qué áreas de implementación predijeron el logro de la abstinencia o reducción del consumo de la persona atendida (ver Tabla 8). Al respecto el modelo que considera todos los procedimientos como predictores fue estadísticamente significativo ($p<.001$), indicando que permite distinguir entre los casos con logro de meta y los casos con consumo. El modelo completo explicó, entre el 13% (Cox and Snell R square) y 20% (Nagelkerke R squared) de la varianza y clasificó correctamente el 75.5% de los casos. Las categorías que tuvieron una contribución estadísticamente significativa al modelo fueron: Ensayos conductuales $OR=.9883$, Identificación de patrón de consumo $OR=1.01$ Motivación $OR=.9841$.

De acuerdo con estos resultados, los Ensayos conductuales tuvieron un papel relevante en el logro de las metas de intervención. La implementación de este procedimiento favoreció la efectividad de la intervención al dotar al usuario de modelamiento, práctica y retroalimentación

de su ejecución dentro de las sesiones, lo que hace más probable que ejecute las habilidades en su escenario real y con ello alcance las metas de tratamiento.

Tabla 8.
Análisis de regresión logística binaria con las áreas de implementación como predictores del logro de la meta.

Área	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Análisis funcional	0.0019	0.0056	0.1145	1	0.7349	1.0019
Establecimiento de conducta alternativa	0.0016	0.0058	0.0831	1	0.7730	1.0016
Ensayos conductuales	0.0162	0.0079	4.2153	1	0.0400	0.9838
Identificación de patrón de consumo	-0.0117	0.0052	5.0445	1	0.0247	1.0118
Evaluación	-0.0087	0.0055	2.4792	1	0.1153	0.9913
Establecimiento de meta alternativa	-0.0048	0.0060	0.6397	1	0.4237	0.9951
Planeación de la intervención	0.0032	0.0052	0.3863	1	0.5342	1.0032
Motivación	0.0160	0.0078	4.1775	1	0.0409	0.9841
Establecimiento de meta de consumo	0.0071	0.0056	1.6495	1	0.1990	1.0072
Constante	-0.3425	0.5744	0.3555	1	0.5509	0.7099

*Variable de referencia: Logro de meta

Análisis de tendencia. Una vez explorado el valor predictivo de las áreas de implementación en las variables relacionadas con la intervención, se analizó la tendencia del nivel de implementación de estos procedimientos en los casos concluidos en las seis primeras sesiones. Al respecto, la inspección visual indica que las áreas de Análisis funcional y Establecimiento de meta de consumo se mantienen estables en sus niveles de implementación a lo largo de las sesiones; por otro lado, las áreas de Establecimiento de conducta alternativa, Ensayos conductuales, Motivación y Establecimiento de meta alternativa tienden al incremento, mientras que Identificación de patrón de consumo y Planeación de la intervención muestran una tendencia a la disminución en el nivel de implementación conforme avanza el proceso de intervención (ver Figura 7).

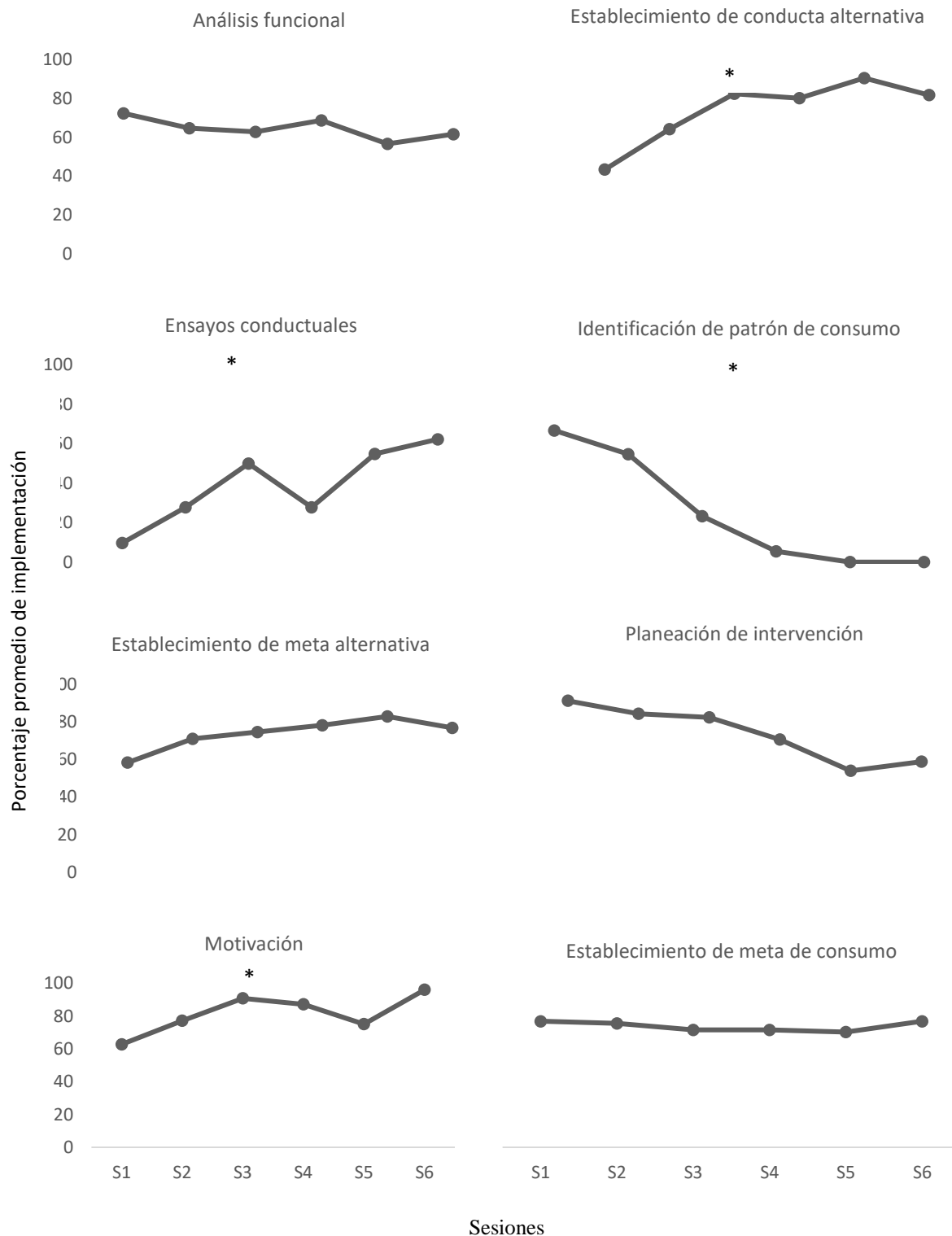


Figura 7. Porcentaje de implementación en cada una de las áreas a lo largo de la intervención: Análisis funcional (gráfica superior izquierda), Establecimiento de conducta alternativa (gráfica superior derecha), Ensayos conductuales (gráfica intermedia-superior izquierda), Identificación de patrón de consumo (gráfica intermedia-superior derecha), Establecimiento de meta alternativa

(gráfica inferior-intermedia izquierda), Planeación de la intervención (gráfica intermedia-inferior derecha), Motivación (gráfica inferior izquierda), Establecimiento de meta de consumo (gráfica inferior derecha).

Se realizó un análisis de medidas repetidas, entre el promedio de implementación de cada procedimiento por sesión para la muestra que concluyó la intervención, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las áreas de Establecimiento de conducta alternativa, con una tendencia al incremento conforme avanza el proceso de intervención, iniciando en promedio en 34.2% y finalizando en 78.7%; Ensayos conductuales, igualmente con tendencia al incremento, iniciando en promedio en 9.7% y finalizando en 62.2%; Identificación de patrón de consumo, con tendencia a la disminución, iniciando promedio en 67.8% y alcanzando 0% en las últimas dos sesiones; y Motivación, con tendencia al incremento, iniciando en promedio en 62.7% y concluyendo en 96% (Ver Tabla 9).

Tabla 9.

Prueba de medidas repetidas de las distintas áreas de implementación entre sesiones.

Área	Sesión 1		Sesión 2		Sesión 3		Sesión 4		Sesión 5		Sesión 6		Diferencias		
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	F	gl	Sig
Análisis funcional	72.4	11.1	64.7	35.2	62.9	39.6	68.7	34.5	56.6	43.3	61.6	38.8	.513	5	.766
Establecimiento de conducta alternativa	34.2	34.9	58.3	32.1	79.4	17.2	76.7	13.4	88.7	13.1	78.7	28.0	8.9	5	< .001
Ensayos conductuales	9.7	18.0	27.7	35.0	50	31.5	27.7	33.5	54.8	37.1	62.2	42.1	7.1	5	< .001
Identificación de patrón de consumo	67.8	42.6	55.5	49.9	23.6	42.9	5.55	19.2	0	0	0	0	12.1	5	< .001
Establecimiento de meta alternativa	58.3	30.6	71.0	18.7	74.5	30.5	78.2	28.0	82.8	27.7	76.8	26.9	1.4	5	.212
Planeación de intervención	86.1	13.9	79.6	37.8	77.7	37.8	66.6	49.2	50.9	46.2	55.5	49.9	1.7	5	.133
Motivación	62.7	32.8	77.2	28.2	90.8	16.3	87.2	28.3	75.0	36.3	96.0	6.27	3.6	5	.007
Establecimiento de meta de consumo	80.5	17.1	79.1	28.5	75	36.5	75	45.2	73.6	44.6	80.5	38.1	.19	5	.964

Los datos sobre tendencia apuntan a la identificación de aquellos procedimientos que deben promoverse en todas las sesiones, tales como análisis funcional y establecimiento de metas y aquellos procedimientos que debieran ir incrementando conforme la intervención avanza, como los aspectos motivacionales, planeación y ensayos sobre conducta alternativa al consumo. Finalmente, en el caso particular de la identificación del patrón de consumo, los datos indican que

es una actividad necesaria en las primeras sesiones, pero que debe disminuir en implementación rápidamente para dar paso al uso de estrategias relacionadas con la planeación y ejecución de conducta alternativa.

Los análisis de nivel y tendencia anteriormente expuestos son un primer paso para la identificación de las tendencias grupales de los niveles de implementación de los procedimientos de la intervención breve y del análisis de la relación de esos procedimientos con la efectividad de la intervención. Los análisis grupales consideran la conducta del profesional y su relación con variables críticas como el egreso, la abstinencia y el logro de metas.

Con esta base se da paso a la observación ya no sólo de la conducta del profesional, sino de ésta en función de la conducta de la persona atendida, es decir en interacción. Para el análisis microgenético del proceso de intervención se consideran las diadas: profesional-persona atendida, los patrones conductuales que se generan en el proceso de intervención que están definidos por la relación e influencia mutua entre la conducta del profesional y la conducta de la persona atendida y el análisis exhaustivo de estos patrones durante las distintas etapas de tratamiento.

Análisis microgenético: proceso. Con la finalidad de identificar los patrones significativos dentro de la interacción del profesional con la persona atendida durante las sesiones, se realizó un análisis secuencial (Bakeman & Gottman, 1997) de la interacción entre ellos, obteniendo las probabilidades condicionadas e incondicionadas de ocurrencia de las conductas de ambos. Se consideraron como significativos aquellos patrones cuyo recuento fuera igual o mayor a 5, el residual se situara ± 1.96 y la significancia fuera igual o menor a .05. Para efectos de este análisis, las categorías originales se reorganizaron y redujeron de 18 a 8 en el caso del profesional y de 11 a 8 en el caso de la persona atendida, agrupándose en categorías más generales de acuerdo con las actividades principales dentro de las sesiones (ver Anexo 5).

Para organizar los patrones de interacción que muestran las diadas en función de la efectividad de la intervención, los casos se clasificaron en tres tipos: casos efectivos, que implica la conclusión de la intervención y el logro de la abstinencia; casos no efectivos, que son aquellos casos que concluyeron la intervención, pero que no modificaron el patrón de consumo de la persona atendida; y casos de deserción, que se refieren a aquellas diadas cuya persona atendida dejó de asistir a la intervención dentro de las primeras tres sesiones.

Una vez identificados los patrones generales de interacción, se realizó un microanálisis considerando las sesiones de la intervención, con la finalidad de observar el proceso y la diferencia de patrones durante las sesiones. A partir de la identificación de estos patrones, se clasificó el proceso de intervención en tres etapas principales, de acuerdo con la estructura de la Intervención Breve (CICAD-OEA, 2017) y las actividades clínicamente relevantes en cada sesión (Ruiz, Froján, & Galván, 2015; Froján, Montaña, Calero, & Ruiz, 2011): (1) Evaluación: en estas sesiones iniciales se realizan actividades encaminadas a identificar el patrón de consumo de la persona atendida, el nivel de dependencia y las problemáticas asociadas al consumo; (2) Análisis Funcional y Planeación de Conducta Alternativa: considerada la parte de tratamiento propiamente dicha, en que se abordan los disparadores internos y externos del consumo, se describe la conducta de consumo de sustancias así como las consecuencias que explican su mantenimiento y a partir de ese análisis, se programa conducta alternativa al consumo a través de planes de acción detallados que se ensayan y evalúan constantemente; y (3) Consolidación del cambio: en esta etapa final, se reestablece la meta de la intervención, se valoran y refuerzan los cambios alcanzados y se planean los seguimientos.

Para identificar los patrones característicos en las distintas etapas del proceso de intervención, estos se agruparon considerando cada patrón como una unidad de análisis a la que se le nombró describiendo la función de esa interacción (consultar Anexo 7). A continuación se muestra la distribución de los patrones significativos más frecuentes por grupo y en cada fase de la intervención.

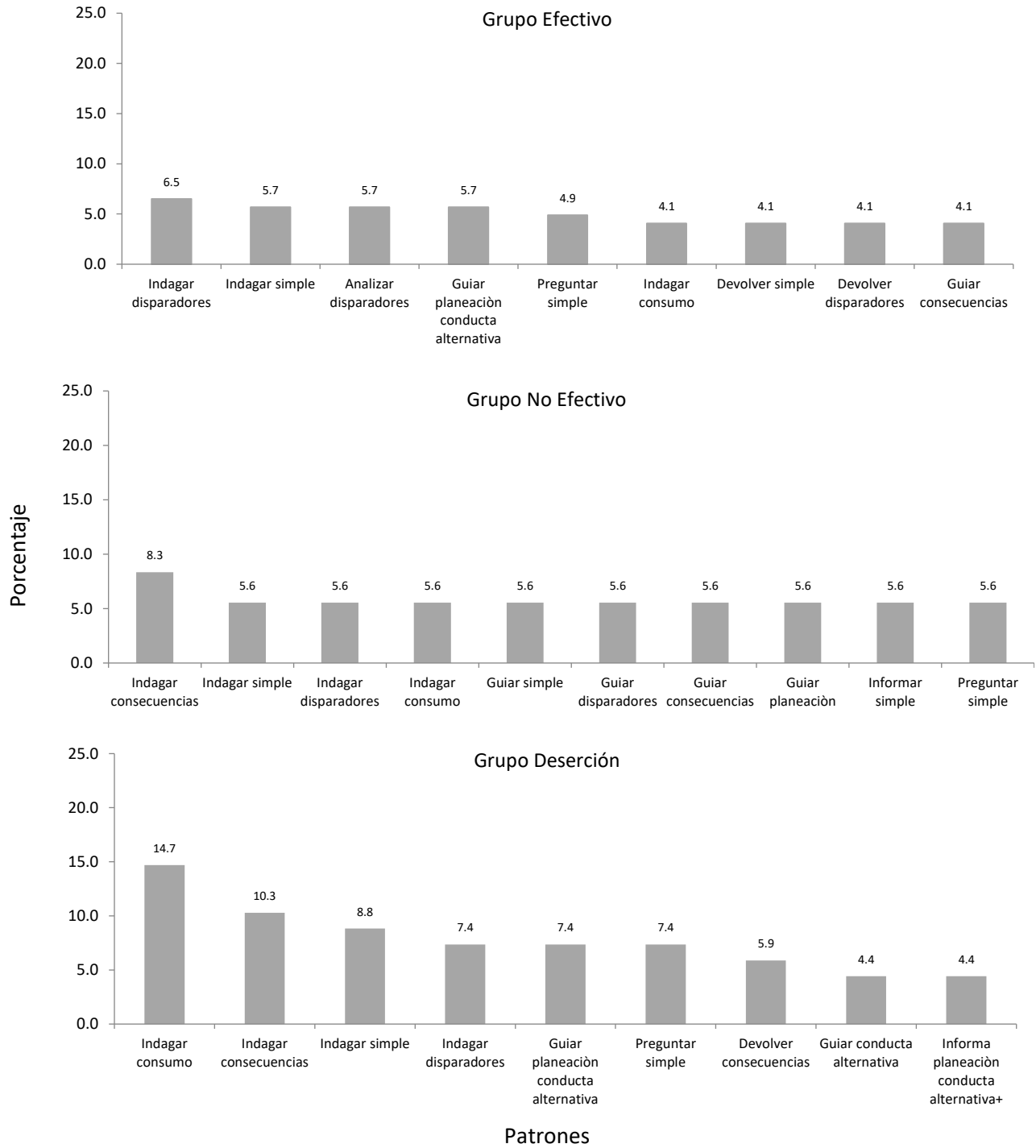


Figura 8. Porcentaje de patrones significativos mostrados a lo largo de la intervención, para el Grupo Efectivo (gráfica superior), Grupo No Efectivo (gráfica intermedia) y Grupo Deserción (gráfica inferior). Se presentan los patrones de proporciones mayores a .04

Como se observa en la figura 8, la proporción de patrones de interacción difiere en su configuración considerando los tres grupos de análisis: Grupo Efectivo, Grupo no Efectivo y Deserción.

En el caso del Grupo Efectivo, destacan los patrones que tienen que ver con el análisis funcional de la conducta de consumo: Indagar disparadores (6.5%), Analizar disparadores (5.7%), Indagar consumo (4.1%), Devolver disparadores (4.1%) y Guiar consecuencias (4.1%). Aunado a este análisis, se presentan patrones que indican la programación dentro de las sesiones de conducta alternativa al consumo: Guiar planeación de conducta alternativa (5.7%). La principal característica del Grupo Efectivo, tiene que ver con mostrar el manejo de disparadores externos, es decir, el énfasis en la identificación y análisis de la información referente a aquellos estímulos externos como lugares, personas y días y aquellos estímulos internos como pensamientos, sensaciones y emociones, además de mostrar claramente la programación de conducta alternativa al consumo, que sólo se puede planear efectivamente a partir de conocer los precipitadores y consecuencias del consumo y con ello identificar con claridad su función.

Los patrones de interacción mostrados en el Grupo No Efectivo se centran en Indagar disparadores (5.6%), consumo (5.6%) y consecuencias (8.3%), presentando también conducta de Guiar disparadores (5.6%), consecuencias (5.6%), planeación (5.6%). Dada esta configuración, el tipo de interacción que distingue a los casos no efectivos tiene que ver con el análisis funcional de la conducta de consumo en un nivel de identificación (indagar y guiar), donde no está presente el análisis de estos factores ni la promoción de conducta alternativa. La principal actividad observada en este grupo se refiere al énfasis en las consecuencias negativas de la conducta de consumo.

En el Grupo Deserción, se presenta una configuración distinta de patrones de interacción a la observada en los grupos anteriores. En este caso, los patrones más frecuentes se relacionan con Indagar disparadores (7.4%), consumo (14.7%) y consecuencias (10.3%) y en guiar (7.4%) y dar información (4.4%) sobre la conducta alternativa. Nuevamente no se presenta análisis de conducta alternativa, siendo la principal actividad, la de indagar las características de la conducta de consumo (14.7%).

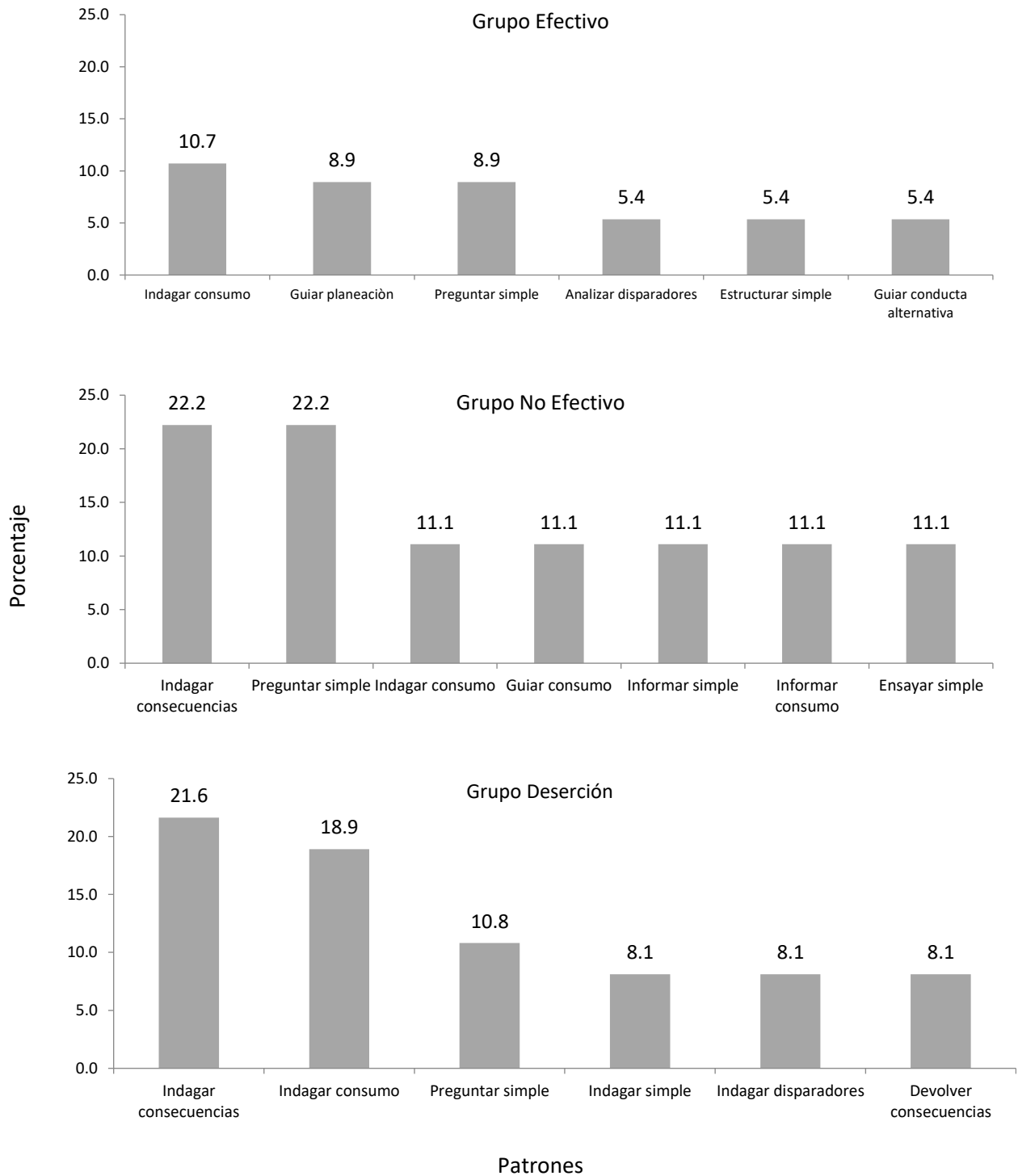


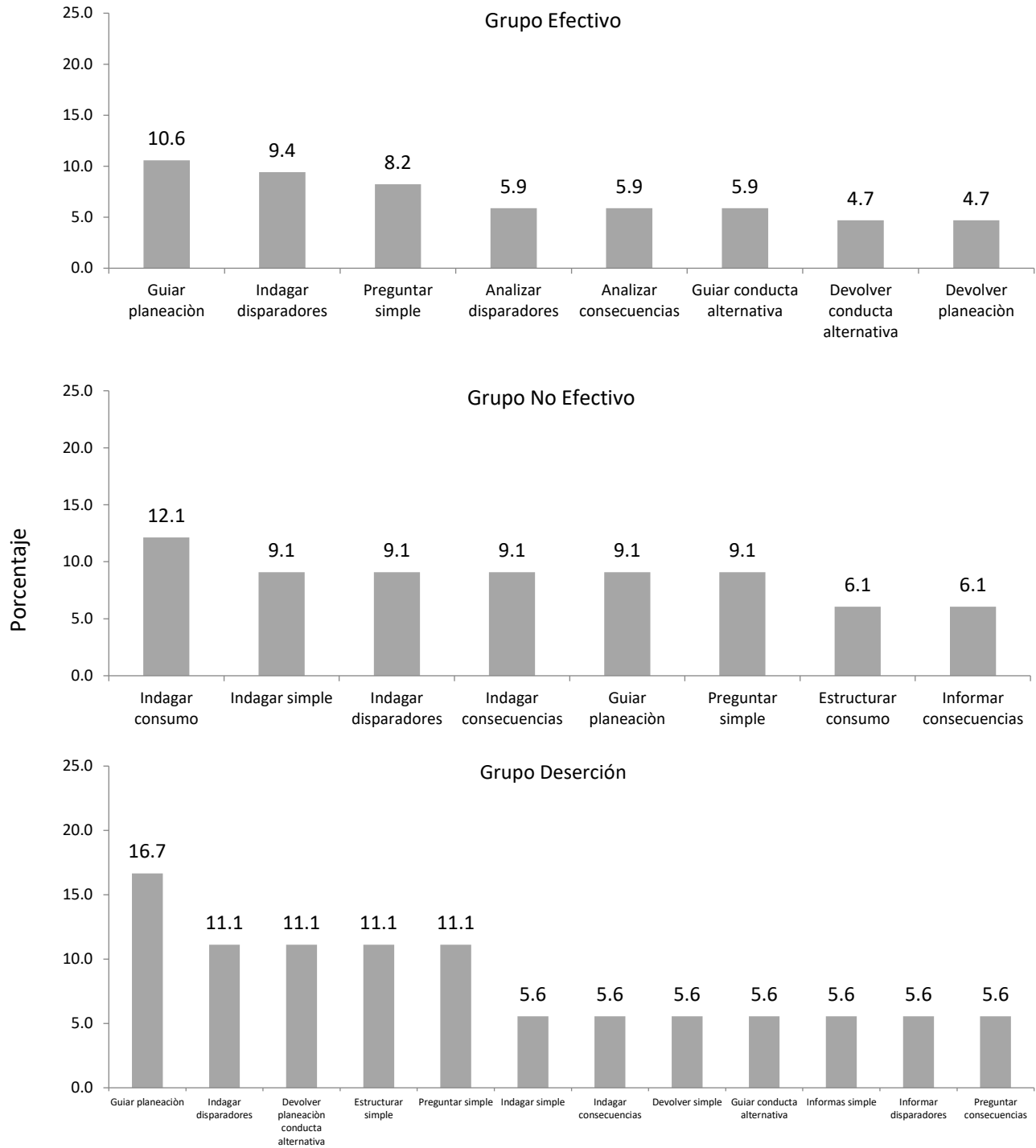
Figura 9. Porcentaje de patrones significativos en la fase de Evaluación, para el Grupo Efectivo (gráfica superior), Grupo No Efectivo (gráfica intermedia) y Grupo Deserción (gráfica inferior). Se presentan los patrones de proporciones mayores a .04

En la figura 9 se muestran los patrones característicos de la Fase de Evaluación organizados por grupos de comparación: Efectivo, No Efectivo y Deserción.

En la Fase de Evaluación, en el Grupo Efectivo se presentan los patrones Indagar consumo (10.7%), Guiar planeación (8.9%), Pregunta simple (8.9%), Analizar disparadores (5.4%), Estructurar simple (5.4%) y Guiar conducta alternativa (5.4%). Los patrones que distinguen a este grupo tienen que ver con el encuadre en las primeras sesiones, el análisis de disparadores de la conducta de consumo y, desde estos primeros momentos, la promoción de la conducta alternativa al consumo.

En el Grupo No Efectivo, los patrones de mayor proporción son Indagar consecuencias (22.2%), Preguntar simple (22.2%), Indagar consumo (11.1%), Guiar consumo (11.1%), Informar simple (11.1%), Informar consumo (11.1%) y Ensayar simple (11.1%). Destaca en la etapa de Evaluación, que el Grupo No Efectivo, muestra patrones dirigidos a indagar y hacer preguntas simples, que derivan en dar información general y sobre el consumo de las sustancias.

En el Grupo Deserción, se presentan con mayor proporción los patrones de Indagar consecuencias (21.6%), Indagar consumo (18.9%), Preguntar simple (10.8%), Indagar simple (8.1%), Indagar disparadores (8.1%) y Devolver consecuencias (8.1%). Los patrones mostrados en este grupo son parecidos a los mostrados por el Grupo No Efectivo, predominando las preguntas simples y la obtención de información sobre consumo, sus disparadores y consecuencias.



Patrones

Figura 10. Porcentaje de patrones significativos de acuerdo a la fase de Análisis Funcional y Planeación de Conducta Alternativa, para el Grupo Efectivo (gráfica superior), Grupo No Efectivo (gráfica intermedia) y Grupo Deserción (gráfica inferior). Se presentan los patrones de proporciones mayores a .04

En la fase de Análisis Funcional y Planeación de Conducta Alternativa (figura 10), que se considera el tratamiento propiamente dicho, se observan diferencias en la configuración de los patrones de interacción en función del grupo.

Para el Grupo Efectivo destacan los patrones referentes a Guiar planeación (10.6%), Indagar disparadores (9.4%), Preguntar simple (8.2%), Analizar disparadores (5.9%), Analizar consecuencias (5.9%), Guiar conducta alternativa (5.9%), Devolver conducta alternativa (4.7%) y Devolver planeación (4.7%). Dadas las proporciones de estos patrones, es posible identificar como actividades principales en la etapa de tratamiento, la planeación y análisis de conducta alternativa, así como la evaluación funcional de la conducta de consumo a través del análisis de los disparadores y consecuencias del consumo.

En el caso del Grupo No Efectivo, los patrones mostrados con mayores proporciones son Indagar consumo (12.1%), Indagar simple (9.1%), Indagar disparadores (9.1%), Indagar consecuencias (9.1%), Guiar planeación (9.1%), Preguntar simple (9.1%), Estructurar consumo (6.1%) e Informar consecuencias (6.1%). La característica principal de la etapa de tratamiento para el grupo no efectivo parece estar definida por la actividad de indagar, sin mostrar conductas relacionadas con las alternativas al consumo.

El Grupo Deserción, muestra como patrones más frecuentes Guiar planeación (16.7%), Indagar disparadores (11.1%), Devolver planeación de conducta alternativa (11.1%), Estructurar simple (11.1%), Preguntar simple (11.1%), e Indagar simple, Devolver simple, Guiar conducta alternativa, Informar simple, Informar disparadores, y Preguntar consecuencias, todos ellos con 5.6% de ocurrencia. En este grupo, predominan los patrones relacionados con hacer preguntas y devoluciones simples e indagar disparadores y consecuencias del consumo. Aunque se observa planeación, no se observa el análisis del contexto que derive en la planeación adecuada de conducta alternativa.

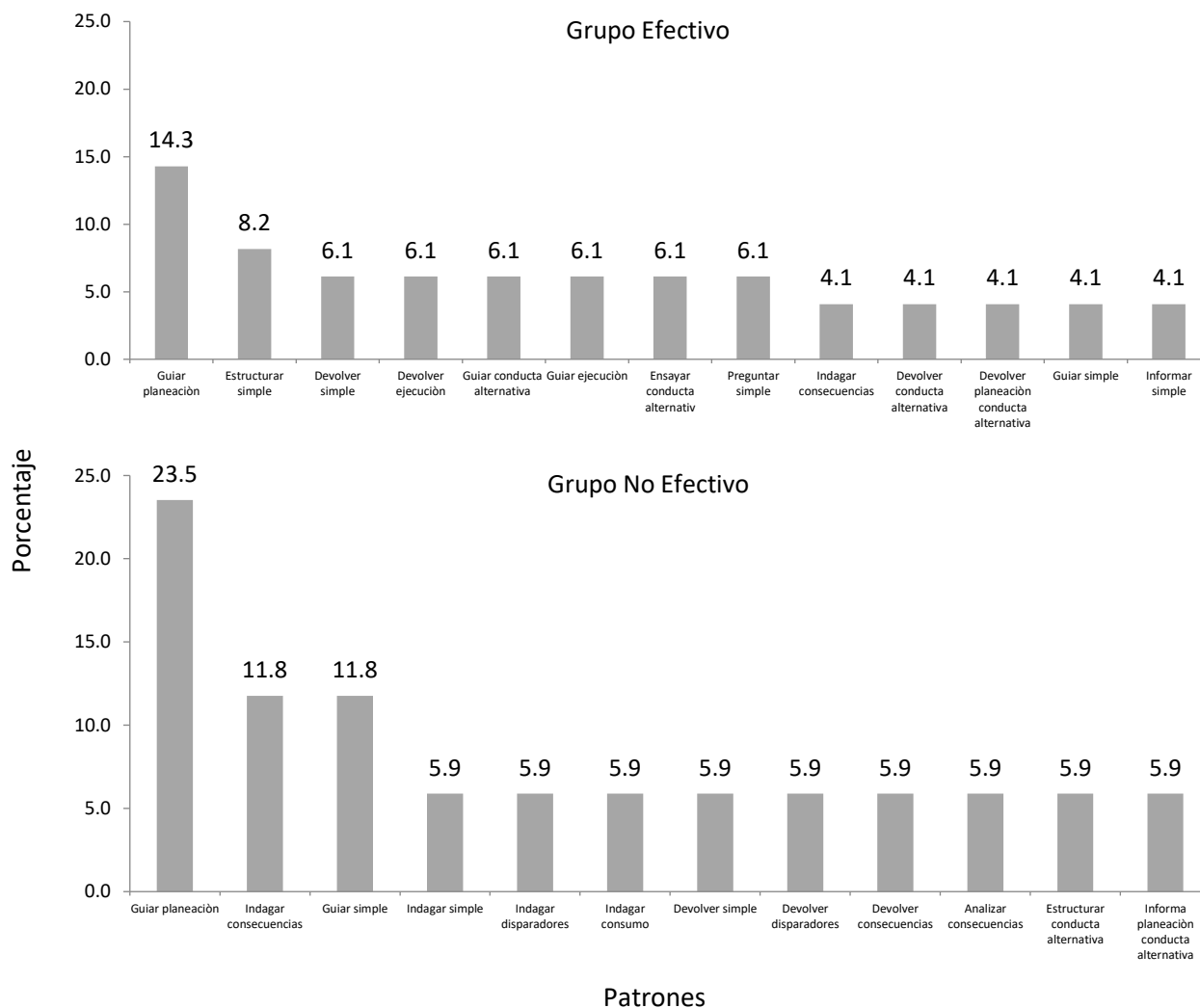


Figura 11. Porcentaje de patrones significativos de acuerdo con la fase de Consolidación, para el Grupo Efectivo (gráfica superior), Grupo No Efectivo (gráfica inferior). Se presentan los patrones de proporciones mayores a .04

En la última etapa de la intervención, denominada Consolidación (figura 11), se pueden observar diferencias importantes en la frecuencia de los patrones de interacción mostrados por cada grupo. En esta etapa, el grupo de deserción no se incluye por no haber implementación de esta actividad.

En el caso del Grupo Efectivo, la fase de Consolidación se caracteriza por mostrar patrones como Guiar planeación (14.3%), Estructurar simple (8.2%), Devolver simple (6.1%), Devolver ejecución (6.1%), Guiar conducta alternativa (6.1%), Guiar ejecución (6.1%), Ensayar conducta alternativa (6.1%), Preguntar simple (6.1%), Indagar consecuencias (4.1%), Devolver

conducta alternativa (4.1%), Devolver planeación de conducta alternativa (4.1%), Guiar simple (4.1%) e Informar simple (4.1%).

En el caso del grupo No Efectivo, los patrones con mayor proporción son Guiar planeación (23.5%), Indagar consecuencias (11.8%), Guiar simple (11.8%), Indagar disparadores (5.9%), Indagar consumo (5.9%), Devolver simple (5.9%), Devolver disparadores (5.9%), devolver consecuencias (5.9%), Analizar consecuencias (5.9%), Estructurar conducta alternativa (5.9%) e Informar planeación de conducta alternativa (5.9%).

A pesar de que ambos grupos presentan los patrones relacionados a planeación de conducta alternativa como una de las principales tareas en la etapa de Consolidación, la diferencia más clara entre ambos grupos radica en la presencia de ensayos conductuales y retroalimentación de los mismos en el Grupo Efectivo; componentes que se encuentran ausentes en el Grupo No Efectivo.

Finalmente, al hablar del proceso de la intervención, dividido en las tres etapas mencionadas, destaca que las características principales de la Etapa de Evaluación tienen que ver con actividades orientadas a indagar, obtener información sobre el problema y la función de la conducta de consumo. Durante la fase de Análisis Funcional y Planeación de Conducta Alternativa, el análisis de los disparadores y las consecuencias del consumo, permite la adecuada planeación de conducta alternativa como principal actividad. El último momento de la intervención, la consolidación, se caracteriza por la promoción de ensayos conductuales, es decir, la práctica dentro de las sesiones de aquellas conductas alternativas que le permiten a la persona atendida alcanzar la meta de reducción o abstinencia del consumo de sustancias.

La identificación de patrones específicos que varían en cada momento de la intervención y que se presentan diferenciadamente en las diadas pertenecientes a los tres grupos, indica una clara relación entre la conducta del profesional y su toma de decisiones en la implementación de la intervención y el cambio de la conducta de consumo de la persona atendida. En el siguiente apartado se detalla la relevancia de estos hallazgos mediante el análisis secuencial de la interacción de las diadas.

Análisis microgenético: secuencias. Con la finalidad de describir la interacción de las diadas, así como la organización de los patrones conductuales dentro del proceso de intervención,

se realizaron análisis secuenciales que consideran las probabilidades incondicionadas de que la conducta del profesional y la persona atendida ocurran de manera independiente y las probabilidades condicionadas de que la conducta del profesional de la salud ocurra en función de la conducta de la persona atendida y viceversa. Para ello, se analizaron veinte diadas tomadas al azar, que representan aproximadamente el 20% de las diadas participantes.

A continuación, se presenta una diada de cada grupo (Efectivo, No Efectivo y Deserción), que se consideran representativas por agrupar las familias de patrones estadísticamente significativos consistentes y homogéneos en cada grupo. En las figuras 12, 13 y 14, se observan las secuencias conductuales que representan los patrones en cada etapa de la intervención. Para consultar las tablas de probabilidades condicionadas e incondicionadas y todas las diadas analizadas, ver Anexo 7.

Como se observa en la figura 12, para el ejemplo del *Grupo Efectivo*, en la etapa de Evaluación aparecen 15 patrones significativos, dos de ellos con relación inhibitoria. La interacción de la diada en la primera sesión se centra en que el profesional brinda información (IF) y realiza preguntas simples (PS), lo que provoca que la persona atendida describa su conducta en general (CD); cuando la persona atendida describe aspectos específicos de su conducta de consumo, las preguntas simples (PS) se inhiben y el profesional indaga (IN) sobre las consecuencias del consumo (DCN); con esta información, el profesional comienza con la promoción de ensayos conductuales (PE), aunque en este momento inicial, esto deriva únicamente en la descripción de la conducta (CD) por parte de la persona atendida. Ante esta identificación de los factores relacionados con el consumo de sustancias de la persona, el profesional indaga constantemente (IN). En una sesión posterior, el profesional continua indagando (IN) la conducta de consumo (DCC) y comienza a realizar otras tareas clínicamente importantes como devolver información (DV) y estructurar (ET), lo que permite que la persona comience la planeación (PL) de actividades en la semana, que el profesional guía (GU) a partir de la descripción de la conducta alternativa (DCA) al consumo por parte de la persona atendida e inhibe que la persona atendida continúe con la descripción de disparadores del consumo (DDP), para dar paso al análisis (AN) de los estos disparadores.

Los 16 patrones mostrados en la etapa de Análisis Funcional y Planeación de Conducta Alternativa apuntan a una interacción en la que predominan por parte del profesional, en la

tercera sesión, inicialmente las preguntas simples (PS) y la promoción de ensayos conductuales (PE), que producen conducta descriptiva de la persona atendida (CD). Posteriormente, la persona refiere conducta alternativa al consumo (DCA) y con esta información, el profesional la guía (GU) hacia la planeación efectiva (PL). Al final de esta sesión, el profesional informa (IF), estructura (ET) y devuelve (DV) aspectos relacionados con la triple contingencia que regula el consumo de la persona atendida: disparadores (DDP), consumo (DCC) y consecuencias asociadas al mismo (DCN). En la cuarta sesión de intervención, el profesional continúa el análisis (AN) y devolución (DV) de los disparadores (DDP) y conducta de consumo (DCC). En la quinta sesión, la dinámica de la interacción se caracteriza por la continuación del análisis de disparadores (DDP) y conducta de consumo (DCC) y se cierra la sesión con el profesional guiando (GU) e informando (IF) para promover la planeación de conducta alternativa en la persona (PL).

Finalmente, en la etapa de Consolidación, se muestran 12 patrones significativos, dos de ellos con relación inhibitoria, que representan como en la sexta sesión se observaron conductas del profesional como informar (IF), guiar (GU) e indagar (IN), que promueven la descripción de consecuencias del consumo (DCN), la planeación (PL) y la descripción de conducta alternativa (DCA) que la persona ha ejecutado fuera de las sesiones. En la última sesión de la intervención, aparece la descripción de la conducta de consumo (DCC) y conducta alternativa (DCA) por parte de la persona atendida, que promueve que el profesional devuelva esta información (DV) y guie (GU), a su vez, el profesional informa (IF) y realiza preguntas simples (PS) sobre la conducta alternativa y finalmente al cierre de esta etapa predomina la ejecución (EJ) de las habilidades de la persona atendida mediante ensayos, lo que inhibe la oportunidad del profesional de devolver (DV), al dar prioridad a la actividad práctica.

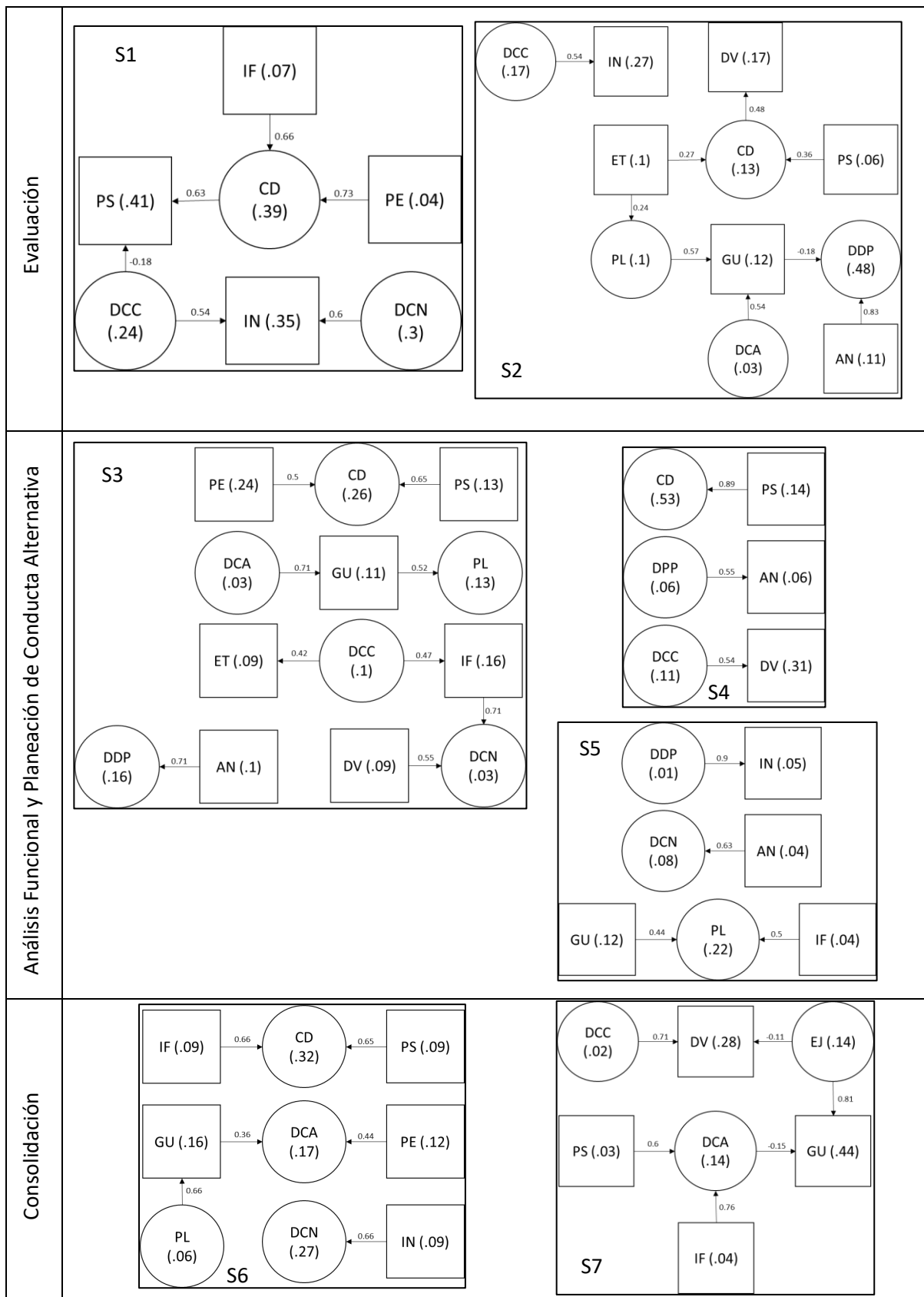


Figura 12. Diagramas de transición de un ejemplo del Grupo Efectivo (Caso 2) en las tres etapas de la intervención: Evaluación (sección superior), Análisis funcional (sección intermedia) y Consolidación (sección inferior). Las sesiones se indican en la agrupación de gráficas con la letra “S” y el número de la sesión correspondiente. La conducta del profesional está representada en los cuadrados y la conducta de la persona atendida, en los círculos. Las flechas representan la dirección de la probabilidad condicionada, indicada con un número sobre las flechas y las probabilidades incondicionadas se indican dentro de los paréntesis. Las siglas representan las categorías conductuales (consultar Anexo 5).

En la figura 13 se muestra el ejemplo de diada del Grupo *No Efectivo* se muestran menos patrones significativos, en comparación con el Grupo Efectivo. Al respecto, en la etapa de evaluación, se identifica dos patrones que representan una secuencia de interacción en la que el profesional, en la primera sesión, hace preguntas simples (PS) e indaga, ante lo que la persona atendida responde describiendo conducta general (CD) y particularmente describiendo las consecuencias de su consumo (DCN).

En la etapa de Análisis Funcional y Planeación de Conducta Alternativa, existen ocho patrones significativos, uno de ellos de carácter inhibitorio, que representan la principal actividad del profesional en la segunda sesión que consiste en la descripción por parte de la persona atendida de su conducta de consumo (DCC) y disparadores del consumo (DDP), a partir de lo cual el profesional de la salud indaga (IN) y analiza (AN) estos aspectos específicos y se inhibe la conducta descriptiva general (CD). En esta segunda sesión también se presenta la guía (GU) sobre planes alternativos (PL) en la persona atendida. En la tercera sesión, el profesional continúa guiando (GU) a la persona a identificar planes de acción (PL) e informando (IF) y haciendo énfasis en las consecuencias del consumo (DCN). En la cuarta sesión no aparecen patrones estadísticamente significativos. Finalmente, en la quinta sesión, el profesional continúa guiando (GU) la planeación por la persona atendida (PL).

En la etapa de Consolidación, se observan seis patrones significativos, predominando en la sexta sesión, un tipo de interacción en la que el profesional reitera la guía (GU) de la planeación por la persona atendida (PL), devuelve información (DV) e indaga (IN) nuevamente sobre conducta de consumo (DCC) y sus consecuencias (DCN). En la séptima y última sesión, la persona describe sus disparadores (DDP) y el profesional devuelve (DV) y cierra guiando (GU) la planeación de conducta alternativa (PL).

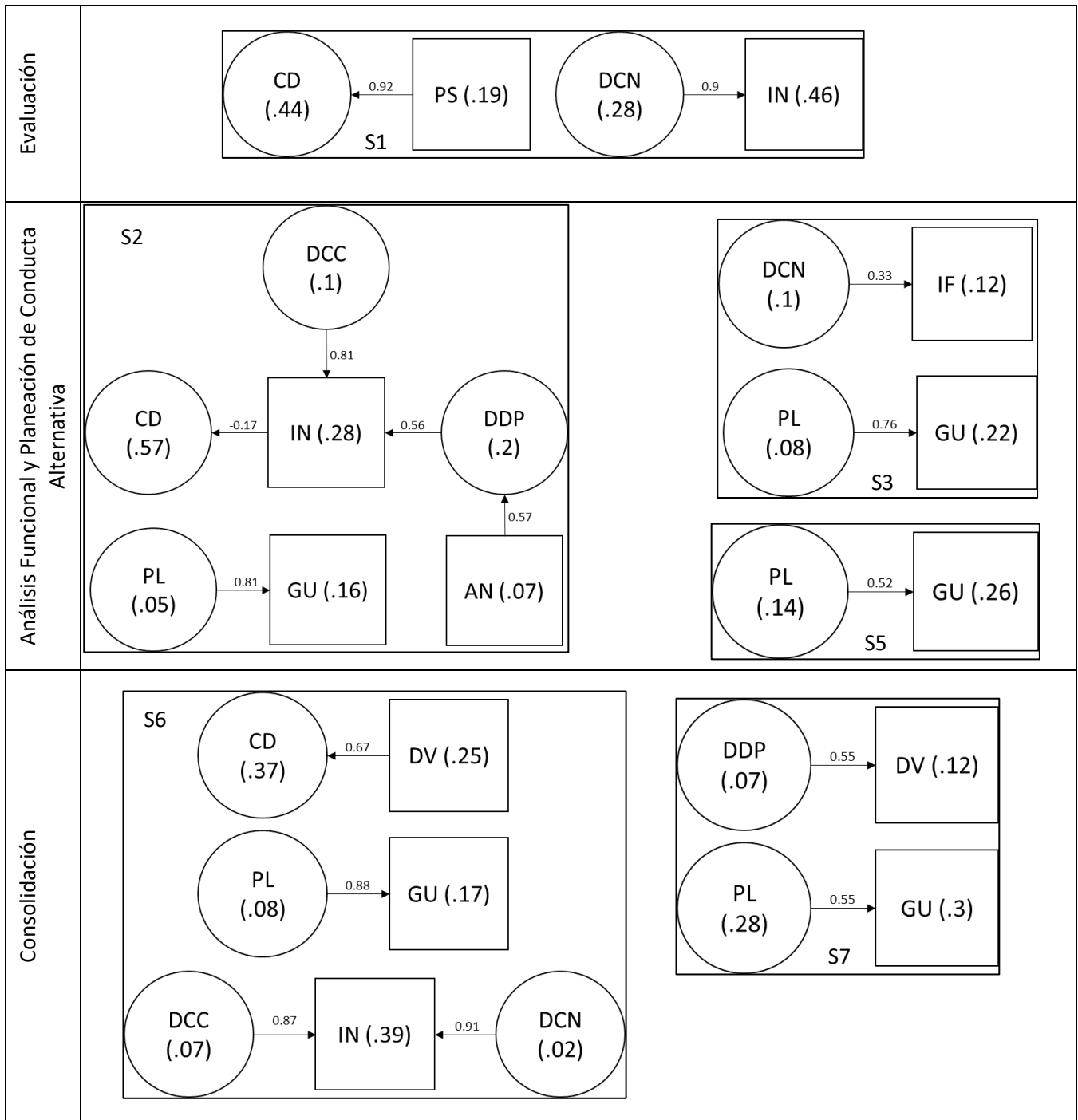


Figura 13. Diagramas de transición de un ejemplo del Grupo No Efectivo (Caso 1) en las tres etapas de la intervención: Evaluación (sección superior), Análisis funcional (sección intermedia) y Consolidación (sección inferior). Las sesiones se indican en la agrupación de gráficas con la letra “S” y el número de la sesión correspondiente. La conducta del profesional está representada en los cuadrados y la conducta de la persona atendida, en los círculos. Las flechas representan la dirección de la probabilidad condicionada, indicada con un número sobre las flechas y las probabilidades incondicionadas se indican dentro de los paréntesis. Las siglas representan las categorías conductuales (consultar Anexo 5).

En la figura 14 se presenta un caso de Deserción. En la etapa de Evaluación se observa una interacción caracterizada por ocho patrones significativos, cuatro de ellos con relación inhibitoria, donde la actividad principal en la sesión 1 es conducta descriptiva por parte de la persona atendida (CD), que inhibe que el profesional continúe indagando (IN) sobre ella y se centre en abordar más específicamente la descripción de sus disparadores (DDP), la conducta de consumo (DCC) y las consecuencias (DCC), aunque ante las consecuencias, el terapeuta no devuelve (DV) esta información. Finalmente, el profesional guía (GU) la identificación de conducta alternativa (DCA), lo que inhibe el continuar indagando (IN) información más precisa, es decir, en esta etapa, se indaga sobre información general, pero faltan actividades importantes como la devolución de información respecto a consecuencias del consumo y conducta alternativa a éste.

Posteriormente, en la etapa de Análisis Funcional y Planeación de Conducta Alternativa, se observaron dos sesiones, en las cuales se muestran cuatro patrones significativos. En la segunda sesión, el profesional guía (GU) la planeación de alternativas (PL) al consumo en la persona pero ya no es capaz de devolver o retroalimentar información al respecto (DV). Finalmente, en la tercera y última sesión de este caso, la persona describe conducta general (CD) y disparadores de su consumo (DDP) y esto produce que el profesional devuelva información (DV) y realice preguntas simples (PS).

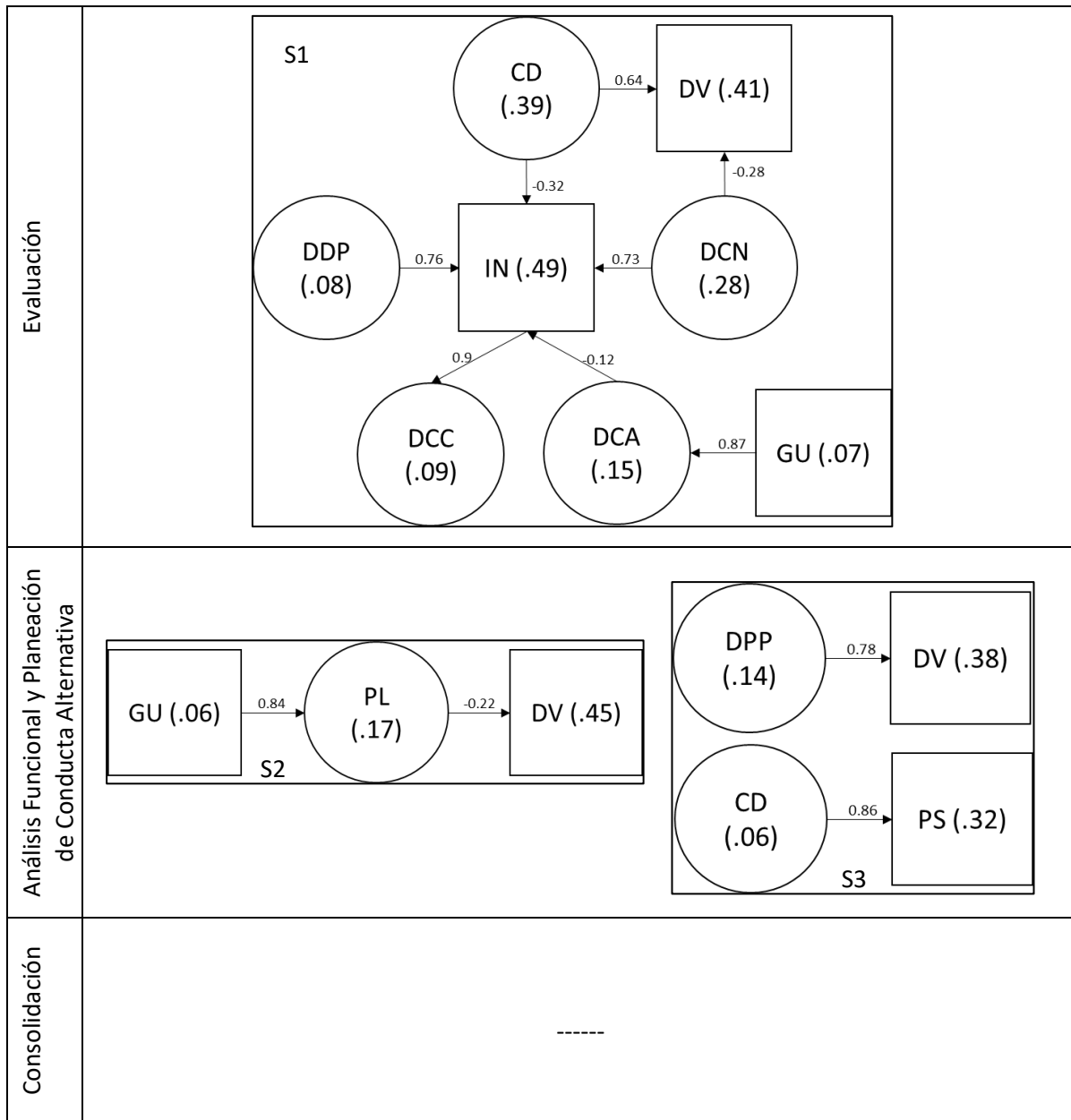


Figura 14. Diagramas de transición de un ejemplo del Grupo Deserción (Caso 7) en las tres etapas de la intervención: Evaluación (sección superior), Análisis funcional (sección intermedia) y Consolidación (sección inferior). Las sesiones se indican en la agrupación de gráficas con la letra “S” y el número de la sesión correspondiente. La conducta del profesional está representada en los cuadrados y la conducta de la persona atendida, en los círculos. Las flechas representan la dirección de la probabilidad condicionada, indicada con un número sobre las flechas y las probabilidades incondicionadas se indican dentro de los paréntesis. Las siglas representan las categorías conductuales (consultar Anexo 5).

El presente apartado de resultados, está conformado por análisis grupales sobre los niveles de implementación de los principales procedimientos de las intervenciones breves y análisis de la

tendencia de implementación a lo largo de la intervención, así como microanálisis sobre el proceso, patrones y secuencia de la interacción de las diadas profesional-persona atendida. Los análisis grupales permitieron la identificación del nivel en el que los procedimientos de las intervenciones breves se implementan y generan un efecto sobre las variables críticas como el egreso, la abstinencia y el logro de las metas de tratamiento. Este componente molar es necesario para poder evidenciar la importancia que tiene la inclusión de componentes tales como el establecimiento de metas de consumo y conducta alternativa y los ensayos conductuales para la adquisición de habilidades que le permiten a la persona atendida el enfrentamiento de las situaciones cotidianas sin consumo. Aunado a los hallazgos a nivel molar, la integración del análisis microgenético, permite ampliar la explicación y evidencia de cómo los procedimientos identificados como relevantes en la aproximación grupal generan el efecto en la conducta de la persona atendida. La posibilidad de observar directamente la interacción del profesional de la salud y la persona atendida durante las distintas etapas del proceso de intervención permitió la identificación de la dinámica que resulta efectiva en la implementación de los procedimientos clave, lo que da cuenta de cómo la implementación de un procedimiento por sí solo no es suficiente, sino que su efectividad tiene que ver con que esta implementación sea adaptada, ajustada y específica para las características de la persona atendida.

En la siguiente sección se discuten los hallazgos referidos en este apartado a la luz del proceso de traslación de las intervenciones breves en adicciones.

Discusión

El presente trabajo abordó la relación entre las habilidades del profesional de la salud para la implementación de intervenciones breves en adicciones y los resultados de esta en términos del cambio en la conducta de consumo de la persona atendida. La principal aportación derivada al respecto es la identificación de patrones conductuales de interacción característicos de las diadas que lograron la meta de abstinencia mediante el análisis microgenético del proceso de intervención.

El desarrollo de las Intervenciones Breves en Adicciones en México es un claro ejemplo del proceso de traslación del conocimiento básico a una aplicación para resolver un problema socialmente relevante como lo es el consumo de sustancias. Considerando las actividades de

traslación propuestas por Breckler (2006) y los principios de la difusión de innovaciones, descritos por Rogers (1995), las Intervenciones Breves en México han pasado por diversas etapas críticas: la diseminación, a través de la sistematización de los procedimientos en protocolos y manuales para los profesionales de la salud; la transferencia de esa tecnología (Martínez & Medina-Mora, 2013), mediante diversas estrategias de capacitación para estos profesionales de la salud; la implementación, que consiste en el uso de las Intervenciones Breves en diversos escenarios; la adopción, que ha evidenciado estrategias de adaptación que los profesionales de la salud han hecho a las Intervenciones Breves a partir de los ajustes derivados de su práctica cotidiana; la difusión, que permite al común de la población identificar y considerar estas alternativas de tratamiento a los problemas por consumo de sustancias y finalmente, el desarrollo de políticas públicas que guían al sector salud y al sector educativo en la promoción de las Intervenciones Breves como mecanismos efectivos para el abordaje de la problemática de las adicciones.

El problema abordado en esta investigación tiene que ver con la brecha entre el conocimiento que existe sobre los procedimientos basados en evidencia y cómo estos procedimientos son implementados y adaptados por los profesionales de la salud en su práctica diaria para lograr los resultados esperados en términos del cambio en la conducta de la persona atendida.

El presente trabajo se enmarca en dos actividades principales del proceso de traslación: la transferencia y la adopción de las Intervenciones Breves como estrategias válidas para la atención de las problemáticas relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas. Al respecto, se planteó como objetivo evaluar la relación entre la abstinencia de las personas atendidas y la implementación de procedimientos de intervención basados en principios del aprendizaje a través la observación de la interacción del profesional con la persona atendida en escenarios naturales. Este objetivo se abordó metodológicamente en dos fases, la primera, relacionada con la transferencia de las Intervenciones Breves a los profesionales de la salud, es decir una fase de entrenamiento y la segunda donde se abordó la adopción y las adaptaciones que surgen de este proceso, mediante la observación directa de la interacción del profesional de la salud y la persona atendida durante la intervención desde una perspectiva de análisis microgenético. A continuación, se discuten los hallazgos en cada una de las fases.

La transferencia de las Intervenciones Breves en Adicciones se ha sistematizado a través de la disseminación de manuales de procedimientos clínicos que guían las actividades de los profesionales de la salud. Se parte del hecho de que estas estrategias cuentan con evidencia empírica suficiente para considerarse válidas. Al respecto, la American Psychological Association (APA, 2001) y autores como Cobos-Carbó (2005), consideran que un programa válido empíricamente es aquel que cumple los requisitos de tener al menos dos experimentos con diseño de comparación de grupos o gran cantidad de diseños de caso único donde la intervención resulte ser más eficaz respecto a otros tratamientos; considerar que los experimentos deben realizarse a partir de manuales de tratamiento, que los efectos deben demostrarse por al menos dos grupos de investigación independientes, y que la evidencia se obtiene a partir de grupos controles y ensayos clínicos aleatorizados, entre otros. Actualmente, las Intervenciones Breves a nivel mundial cuentan con un nivel de evidencia de 1 y 2 (Oxford Center for Evidence Based Medicine, 2006), a partir de su evaluación mediante ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas con meta-análisis, aunque los estudios reportados en América Latina son pocos y muy heterogéneos en cuanto a metodología (Mota, Fuentes, Belchior, Pinto, León & Cruvinel, 2019; Glass, Andréasson, Bradley, Wallhed, Williams, Bakchi, Heather, Tiburcio, Benegal & Saitz, 2017).

El principal reto en esta etapa del proceso de traslación consiste en lograr la transferencia del conocimiento necesario para que los profesionales de la salud empleen las Intervenciones Breves en beneficio de la población que solicita servicios de atención en materia de consumo de sustancias. Para ello, este trabajo planteó una primera fase denominada Entrenamiento del profesional de la salud, en la que el objetivo fue determinar el efecto del tipo de entrenamiento en el nivel de implementación de los procedimientos de intervención basados en principios del aprendizaje por el profesional de la salud.

En esta etapa, un primer acercamiento consistió en la identificación de barreras y adaptaciones que los profesionales realizan a las intervenciones. Con respecto a las barreras se encontró que las reportadas más frecuentemente por los profesionales tienen que ver con el tiempo o dificultad de los procedimientos de evaluación, el no recibir adecuada capacitación y la dificultad para adherirse a los procedimientos tal cual están planeados en los manuales. Ante estas barreras, los profesionales de la salud han realizado adaptaciones con las que reportan lograr

la abstinencia por las personas atendidas en un 61.6% y la reducción del consumo en un 73.3%. Entre las principales adaptaciones reportadas por los profesionales destacan el número y la duración de las sesiones, el uso de los materiales y el orden de los componentes. El hecho de que los profesionales de la salud reporten realizar adecuaciones a la implementación de las Intervenciones Breves concuerda con la literatura previa que actualmente considera a las intervenciones como adaptativas (Bierman, et al., 2006; Marlowe et al., 2008; McKay, 2005). A lo largo del proceso de la diseminación y adopción de las intervenciones en su práctica cotidiana, los profesionales de la salud se ven en la necesidad de adaptar los procedimientos establecidos en manuales y protocolos a las diversas características de las personas que consumen sustancias y que son atendidas con estos procedimientos.

El elemento más importante para considerar la adaptación de una intervención, para evitar que pierda efectividad por las modificaciones implementadas, es una evaluación periódica donde se verifica si el tratamiento inicialmente seleccionado está logrando el cambio en la conducta de consumo de las personas y de no ser así, se realizan ajustes en el procedimiento que pueden ocurrir varias veces durante el proceso de intervención (Weisz, et al., 2004). Es por ello, que el presente trabajo consideró las barreras y adaptaciones reportadas por los profesionales, para el diseño de la estrategia de capacitación, que pretendió enfatizar no solamente los procedimientos, sino los fundamentos teóricos, con la finalidad de que su comprensión guíe la toma de decisiones sobre las adaptaciones que los profesionales hacen a las intervenciones. Los hallazgos en esta fase apuntan a que incluir explícitamente los fundamentos teóricos de las intervenciones en el entrenamiento, en particular sobre los principios básicos que explican el mantenimiento (por ejemplo, reforzamiento obtenido con el efecto del consumo o la disminución de malestar) y el cambio en la conducta de consumo (por ejemplo, el reforzamiento de conducta alternativa al consumo) y la guía para la toma de decisiones, (por ejemplo, el ajuste en el orden o componentes administrados en las sesiones, basada en la identificación clara de los indicadores críticos sobre el grado de alcance de las metas establecidas en cada etapa de la intervención), son elementos fundamentales para la transferencia de las Intervenciones breves.

Es importante destacar que la estrategia de entrenamiento que generó mejores resultados tiene como componentes centrales la identificación de variables específicas que guían la implementación de la intervención, el uso de componentes mínimos indispensables y comunes a

todas las Intervenciones Breves y la toma de decisiones sobre los ajustes que se requieren en función del avance de la persona atendida. Aunado a esta identificación de variables críticas, como son el establecimiento de metas de consumo y conducta alternativa al consumo, el tipo de entrenamiento que favoreció mayormente a los participantes incluyó la estrategia de Texto Programado propuesta por Holland y Skinner (1990), que contempla el entrenamiento en los principios de conducta refleja, condicionamiento operante, moldeamiento, reforzamiento intermitente, control de estímulos, privación, emoción, conductas de evitación y escape, castigo, análisis científico e interpretación de casos complejos, autocontrol, adicción y elección y que permitió la obtención de mejores resultados en las áreas evaluadas de condicionamiento clásico y operante, adicciones y aplicación en viñetas de casos, al fortalecer la comprensión de los fundamentos teóricos que sustentan las intervenciones; dicha comprensión, de acuerdo con la literatura previa, es fundamental para guiar la toma de decisiones efectivas en la implementación de procedimientos basados en evidencia (Iwatta, 2000; Lei, 2012). El hecho de que la estrategia tecnológica de Holland y Skinner (1990), haya promovido la adquisición de conocimientos no sólo teóricos, sino aplicados a situaciones relacionadas con el análisis del consumo de sustancias, fortalece lo señalado por los propios autores del Texto Programado sobre la pertinencia del uso de instrucciones programadas para la enseñanza de conceptos teóricos en el campo del aprendizaje. Esta estrategia representa múltiples ventajas como la posibilidad de adquirir conocimientos de manera autónoma y remota con el uso de las tecnologías actuales, además de constituir un medio de entrenamiento basado en la retroalimentación de la ejecución, que constituye un precurrente importante en la administración de las Intervenciones Breves.

El fortalecimiento de los conocimientos sobre los principios básicos que sustentan las Intervenciones resulta sumamente relevante, pues apoya la conceptualización de las intervenciones como “adaptativas” (McKay, 2005), en las que la dosis de intervención se ajusta en función de la respuesta de las personas, que consumen sustancias, al tratamiento, considerando la medición de indicadores clave como elemento central para decidir qué y cuándo realizar ajustes tales como la modificación del orden o duración de las sesiones o la implementación de componentes específicos en función de las necesidades y avances en la meta de reducción o abstinencia de la persona atendida (Weisz, et al., 2004). En este sentido, una aportación del presente trabajo es la publicación y disseminación por medio de un organismo internacional (CICAD-OEA, 2017) de una guía clínica, producto de esta investigación, para orientar la toma de

decisiones de los profesionales de la salud respecto a los ajustes pertinentes en la implementación de intervenciones breves.

El hecho de que un entrenamiento que aborda los fundamentos teóricos de la intervención relacionados con condicionamiento clásico y operante aplicados a consumo de sustancias y las variables críticas para la toma de decisiones sea el que mejores resultados arroja, en comparación con entrenamiento tradicional y grupo control, sugiere la necesidad de que los profesionales de la salud dominen dichos fundamentos teóricos en las estrategias que implementan, lo que facilita la toma de decisiones clínicas de adaptación de procedimientos en beneficio de las personas atendidas. Este tipo de entrenamiento aporta entonces un elemento central para la transferencia de las Intervenciones Breves, pues concuerda con el supuesto planteado por Rogers (1995) que establece que cuando los canales de difusión son adecuados, la tecnología será transferida de manera natural a las personas beneficiadas y en dicho proceso puede sufrir adaptaciones a los contextos de adopción. Es decir, un entrenamiento orientado a transmitir no sólo un procedimiento, como análisis funcional o solución de problemas, sino una lógica de implementación y adaptación de ese procedimiento es una herramienta fundamental para lograr una adecuada difusión y adopción de las Intervenciones Breves.

Una vez que los profesionales fueron entrenados, una muestra de ellos pasó a la fase de Análisis microgenético, que monitoreó la implementación de las intervenciones en escenarios naturales. Esta fase estuvo centrada en la actividad del proceso de traslación denominada adopción, que implica el empleo de las Intervenciones Breves en la práctica profesional cotidiana, a través de un análisis microgenético, partiendo del supuesto de que las intervenciones son procesos dinámicos de interacción entre el profesional y las personas atendidas (Frojan, et al., 2008; Follette, Naugle, & Callaghan, 1996), y que mediante su análisis exhaustivo se puede identificar qué factores de la conducta del terapeuta en la interacción se relacionan con el éxito de la intervención y por tanto el logro de la abstinencia o reducción del consumo por las personas atendidas (Llewelyn & Hardy, 2001).

El abordaje de los resultados de esta segunda fase se organizó en cuatro momentos: análisis del nivel de implementación, análisis de tendencia, análisis de la interacción y análisis de proceso. A continuación, se discuten los hallazgos de estos cuatro elementos.

Con respecto al análisis del nivel de implementación de los procedimientos basados en principios del aprendizaje, se observa que en general, los profesionales muestran altos niveles de implementación, alrededor del 70%, lo que sugiere una adherencia a los procedimientos planeados en los manuales como el análisis funcional, entrevista motivacional y establecimiento de metas y al mismo tiempo sugiere la existencia de una dosis mínima de intervención, que es factible de generar resultados efectivos y que varía entre el 55% y el 86%, dependiendo del procedimiento implementado. Hasta donde el presente trabajo consideró en la revisión de literatura, no existen estudios antecedentes que reporten datos sobre el grado de implementación de los procedimientos específicos que constituyen las intervenciones. Es importante mencionar que estos niveles de implementación de procedimientos tales como la identificación del patrón de consumo, la evaluación y la planeación de conducta alternativa con personas reales difieren de los niveles de implementación encontrados en la evaluación a través de situaciones simuladas en la primera fase de este estudio, siendo mayor el nivel de implementación mostrado en el escenario natural (71% en promedio) al mostrado en la ejecución en situaciones simuladas (52% en promedio).

Lo anterior refleja entonces la posibilidad de establecer una dosis mínima de intervención que garantice el cambio en la conducta de consumo de las personas atendidas, tal como se describe en el trabajo de Lei y colaboradores (2012), sobre el desarrollo de secuencias de tratamiento individualizadas; considerando que las personas varían en su respuesta al tratamiento, que la efectividad de la intervención puede cambiar con el tiempo dado el contexto en el que se desarrolla la problemática, que la presencia de comorbilidad debe ser incorporada a la intervención, que las recaídas que pueden ser comunes, y que existe un alto costo de implementar intervenciones intensivas con sus posibles efectos secundarios, lo que ha derivado en el desarrollo de intervenciones cuya intensidad se reduce cuando es posible y se ajusta en función de las variables de la persona atendida, tales como patrón de consumo, situaciones de riesgo, síntomas de abstinencia, nivel de disposición al cambio, entre otros.

Los hallazgos del presente estudio sugieren que los componentes que promueven la conclusión exitosa de la intervención tiene que ver con la identificación y definición operacional clara de las metas y objetivos de la intervención con respecto al consumo de sustancias por la persona atendida; así como el establecer un plan de intervención acorde a esas metas, que incluya

los procedimientos necesarios de establecimiento de metas y ensayos conductuales y un importante componente motivacional relacionado con el reforzamiento de la autoeficacia de la persona atendida dentro de la sesión, identificando las consecuencias negativas del consumo en la vida de las personas atendidas, pero sobre todo destacando los beneficios de la abstinencia o reducción del patrón de consumo de la sustancia de impacto. Estos aspectos que requieren un mayor nivel de implementación, son particularmente importantes pues se relacionan estrechamente con la validez social de la intervención (Kazdin, 2008) es decir, para aumentar la probabilidad de que la intervención funcione, además de las habilidades que muestra el profesional de la salud, una variable importante es que esas metas, procedimientos y resultados planeados y establecidos tengan el aval de la propia persona atendida, con la finalidad de aumentar su compromiso y motivación al cambio y conferirle validez social a la implementación de la intervención. Es por ello que la implementación de estas áreas tiene un fuerte componente de interacción, negociación y acuerdo con la persona atendida, de manera tal que sean él o ella quienes con la guía del profesional de la salud, establezca sus propias metas y valide el plan de intervención.

Por otro lado, existen áreas de implementación baja, entre el 50 y 60 por ciento, cuyo efecto también es importante en el egreso favorable de las personas atendidas. Tal es el caso de ensayos conductuales sobre conductas efectivas relacionadas con rechazar el consumo o manejar las emociones para enfrentar en abstinencia las situaciones de posible consumo para la persona atendida, el establecimiento de meta alternativa al consumo y la planeación clara y paso a paso de conducta alternativa al consumo de sustancias. En este caso, se trata de procedimientos que, aunque implementados en un nivel mínimo, promueven la práctica conductual dentro de las sesiones, a partir de la identificación, análisis y establecimiento de la conducta alternativa que se relacione con la función del consumo y que le permita a la persona ampliar su repertorio conductual hacia situaciones que promuevan su salud física y mental, disminuyendo o absteniéndose del consumo de sustancias psicoactivas.

Del conjunto de procedimientos basados en evidencia que se exploraron en el presente estudio, hay cinco que resultan fundamentales, pues de acuerdo con los hallazgos son predictores de la conclusión de la intervención y la abstinencia o reducción del consumo. El primero de ellos es el Establecimiento de meta de consumo y alternativa al consumo, que implica que el

profesional de la salud sea capaz de implementar una serie de tareas para el análisis funcional de la conducta de consumo y, a partir de ello, identifique la función del mismo y plantee junto con la persona conductas meta alternativas que compitan efectivamente con el consumo y que le permitan cubrir la función que tenía con alternativas saludables, además de monitorear el avance en esta meta (Barragán, Flores, Morales, González, & Martínez, 2006; Damschroder & Hagedorn, 2011). El segundo predictor del egreso exitoso es la Planeación de conducta alternativa al consumo, que incluye actividades para estructurarla y promover sus planes de acción específicos. Esto implica que el profesional de la salud sea capaz de guiar a la persona para identificar y arreglar el contexto donde va a ejecutar la conducta alternativa, que planee los pasos específicos para llevar a cabo la actividad y que detecte los posibles obstáculos de su plan para tener opciones de solución de estos (Morales & Matias, 2017). Aunado a los planes de acción, se encuentran los Ensayos conductuales sobre las habilidades para enfrentar situaciones que precipitan el consumo, que resultaron el tercer predictor del egreso exitoso y el logro de la meta del consumo y que le permiten a la persona practicar la ejecución de habilidades específicas para llevar a cabo la conducta alternativa fuera del consultorio, así como recibir retroalimentación del profesional de la salud sobre esta ejecución; de manera tal que se asegure con mayor probabilidad la ejecución exitosa de conducta alternativa en la vida cotidiana de la persona. El cuarto predictor tiene que ver con los aspectos motivacionales que el profesional debe incluir en la intervención tales como el análisis de las consecuencias positivas y negativas del consumo, cambio en dicha conducta, el reforzamiento de la autoeficacia y el manejo de la resistencia de la persona atendida. Finalmente, el quinto predictor del logro es la identificación del patrón de consumo, que resultó ser un predictor negativo, es decir, mientras más se implementa, menor es la probabilidad de que se logre la meta de consumo, pues está relacionado con la identificación temprana y la caracterización del problema de consumo, que se espera se de en los primeros momentos de la intervención, pues es la información que guía las decisiones. Parece ser que implementar este último elemento durante varias sesiones no favorece el logro de la meta, al invertirse tiempo en estrategias de detección y evaluación que ya no son pertinentes conforme la intervención avanza.

El hecho de que haya procedimientos específicos que al implementarse en niveles moderados asegura la conclusión exitosa de la intervención, da cuenta de la relación entre esta

dosis aplicada y la conducta de la persona atendida al concluir el tratamiento a partir de los procedimientos implementados en la interacción entre el profesional y la persona atendida.

Con respecto al análisis de tendencia, se identificó que la conducta del profesional varía a lo largo del proceso de intervención, dando cuenta de un proceso dinámico, cuyo cambio está en función del momento de la intervención. Particularmente, existen tres procedimientos que tienden significativamente al incremento, conforme avanza la intervención: establecimiento de conducta alternativa, ensayos conductuales de habilidades para rehusarse al consumo, comunicación manejo de emociones y motivación al cambio, que se relacionan con el egreso y logro de la meta de intervención y que nuevamente destacan por su importancia como factores que promueven el éxito de la intervención. Aunado a ellos, un procedimiento mostró tendencia a la disminución conforme avanza la intervención: identificación del patrón de consumo, en el cual, a partir de la cuarta sesión, deja de implementarse. Esta tendencia podría explicar cómo es que este procedimiento es un predictor negativo del logro de la meta, pues se esperaría que se implemente en los primeros momentos de la intervención, que corresponderían a actividades de evaluación, sin embargo, la tendencia muestra que este procedimiento se continúa realizando incluso hacia la mitad del proceso, donde se espera que predominen actividades de análisis funcional y planes de acción para conducta alternativa.

Lo anterior es consistente con la conceptualización de las intervenciones como un proceso que se divide en actividades clínicamente relevantes, como lo describe Froján y colaboradores (2011), quienes detallan, a partir de análisis conductuales de sesiones de intervención psicológica, cuatro etapas principales: evaluación, explicación, tratamiento y consolidación del cambio. Los análisis de tendencia en el presente trabajo esbozan similitudes con las actividades descritas por los autores mencionados, en la medida en que los patrones de conducta se modifican en función del proceso de intervención.

Con la finalidad de considerar no sólo la conducta del profesional, sino ésta en función de la conducta de la propia persona atendida, se discuten los hallazgos de los análisis de interacción. La interacción entre el profesional de la salud y las personas se da dentro de un proceso dinámico, que está ordenado en tres etapas principales, de acuerdo con los componentes de las Intervenciones Breves (CICAD-OEA, 2017) y a las actividades clínicamente relevantes (Froján,

et al., 2011): la evaluación, el análisis funcional y la planeación de conducta alternativa y la consolidación.

Para diferenciar los patrones de interacción que muestran las diadas en función de la efectividad de la intervención, los casos se clasificaron en tres tipos: efectivos, que implica la conclusión de la intervención y el logro de la abstinencia; no efectivos, que son aquellos casos que concluyeron la intervención, pero que no modificaron el patrón de consumo; y casos de deserción, que se refieren a aquellas diadas cuya persona dejó de asistir a la intervención dentro de las primeras tres sesiones.

En el caso de las diadas clasificadas como Efectivas, los patrones de interacción significativos en la etapa de Evaluación implican actividades como brindar información oportuna sobre el problema de consumo, guiar a la persona atendida a comprender su conducta de consumo a partir de la identificación de situaciones que precipitan el consumo y la práctica a través de ensayos conductuales de las habilidades que se relacionan funcionalmente con las situaciones de consumo del usuario, siendo las más frecuentes habilidades de comunicación y rechazo del consumo y habilidades sobre manejo de emociones como enojo y ansiedad. En la etapa de Análisis funcional y Planeación de conducta alternativa, se identificaron patrones de devolución de información por parte del profesional como elemento central para retroalimentar y guiar la planeación de conducta alternativa que requiere ejecutar la persona atendida para abstenerse del consumo en sus situaciones de riesgo. Finalmente, en la etapa de Consolidación, la conducta del profesional y la persona atendida se caracteriza por la devolución de información y promoción de ensayos como elemento central para reforzar las habilidades de la persona. Una actividad relevante también en esta etapa final apunta a reiterar el análisis de los problemas asociados con el consumo para fortalecer la motivación y mantener el cambio en la conducta de consumo.

En el caso de las diadas clasificadas como No efectivas, en la etapa de Evaluación, se identificaron escasos patrones significativos que indican que el profesional indaga y realiza preguntas simples que provocan que la persona describa de consecuencias del consumo. En la etapa de Análisis funcional y Planeación de conducta alternativa, destacan patrones con conductas más simples por parte del profesional, tales como hacer preguntas simples o indagar y están ausentes actividades importantes como analizar o devolver información. En la etapa de

Consolidación, aparecen las preguntas simples e indagar, que no propician la reflexión y el análisis, en comparación a los patrones más complejos mostrados en el caso del grupo efectivo. La conducta del profesional de la salud que no logra las metas de la intervención se caracteriza por invertir la mayoría del tiempo de la sesión en preguntar sobre el consumo de sustancias, dejando de lado el desarrollo de habilidades en la persona atendida que le permitan generar alternativas a sus situaciones de consumo.

Finalmente, para el caso de las diadas con Deserción, la etapa de Evaluación la conducta del profesional se orienta a realizar preguntas simples sobre el consumo sin realizar el análisis de las situaciones de consumo de la persona atendida, lo que dificulta que ésta comprenda su problemática y desarrolle alternativas. En la etapa de Análisis funcional y Planeación de la conducta alternativa, el profesional de la salud continua dedicando gran parte de la interacción a indagar y abordar el discurso de la persona atendida realizando preguntas continuas que no permiten el uso de la información para establecer los planes y habilidades que requiere el usuario para reducir o suspender el consumo de sustancias y por tanto disminuir las consecuencias negativas por ello.

Los resultados anteriores apuntan a que los profesionales que logran que las personas alcancen la abstinencia y el egreso exitoso del tratamiento muestran una interacción que favorece que las personas atendidas elijan y realicen conductas alternativas que compiten con el consumo de sustancias psicoactivas. El profesional de la salud que muestra habilidades para indagar e identificar la información relevante para llevar a cabo el análisis de la función de la conducta de consumo que reporta la persona atendida, tal como los disparadores internos y externos del consumo y las consecuencias asociadas en las primeras sesiones de intervención, tiene más probabilidades de guiar a la persona atendida al logro de la abstinencia. Además de ello, los patrones exhiben la capacidad del profesional de devolver información relevante y estratégica al usuario sobre su propia situación, proiciando que este la comprenda e identifique las situaciones que promueven que siga consumiendo y a partir de ello, se promueva la práctica constante dentro de las sesiones de aquellas conductas necesarias para que la persona atendida evite el consumo de sustancias psicoactivas en sus situaciones cotidianas. La implementación de estas habilidades hace más probable que el usuario identifique los precipitadores de su consumo y las desventajas

de este, pero sobre todo, que planee de manera efectiva la implementación de conducta alternativa en su contexto que lo lleva a la abstinencia o reducción del consumo.

Por el contrario, en aquellos profesionales cuyos usuarios desertaron y/o mantuvieron la conducta de consumo, se observa un repertorio conductual por parte del profesional, con escasos patrones significativos de conducta simple, que reflejan una interacción en la que el profesional está realizando preguntas la mayor parte del tiempo y no es capaz de analizar estratégicamente la descripción de las situaciones de consumo que hace la persona atendida lo que dificulta que se establezcan planes de acción sobre alternativas al consumo, mismos que no se ensayan ni se retroalimentan dentro de las sesiones.

La identificación de un repertorio conductual que distingue a las diadas efectivas de las no efectivas y de los casos de deserción fue posible gracias a la observación directa de la interacción entre el profesional de la salud y las personas que atienden; es decir, a la observación de una de las actividades de la traslación denominada implementación, que implica el uso cotidiano de las intervenciones breves, que deriva en su adopción (Breckler, 2006). Para medir la implementación, se han utilizado diversas estrategias que van desde las evaluaciones de conocimientos mediante exámenes escritos, hasta listas de cotejo sobre adherencia a procedimientos (Petry, Alessi, Ledgerwood, & Sierra, 2010), sin embargo, la observación directa de la conducta siempre será la fuente de más confiable para la obtención de datos con respecto a la ejecución real de las habilidades del profesional de la salud para identificar, analizar y retroalimentar a la persona atendida sobre su consumo y sobre el establecimiento de alternativas saludables al mismo (Miller & Mount, 2001; Iwata, 2000). En este estudio, la observación directa cobra aún más relevancia, al permitir ver la conducta del profesional de la salud y de la persona atendida a lo largo del proceso terapéutico (Llewelyn & Hardy, 2001).

Es precisamente el análisis de la intervención como un proceso de interacción, organizado en etapas en función de las actividades clínicamente relevantes (evaluación, análisis funcional y la planeación de conducta alternativa y consolidación) y la identificación de momentos críticos de cambio, otra de las aportaciones de este trabajo que se suma a la identificación de patrones significativos diferenciales en cada tipo de caso (efectivo, no efectivo y deserción). Para ello, los patrones de interacción fueron categorizados como unidades de análisis, permitiendo la identificación de la dinámica prevalente en cada etapa de intervención.

La primera fase de la Intervención Breve es la denominada, para efectos del análisis de proceso, Evaluación. La principal característica de la interacción en esta etapa en los casos efectivos es el análisis de disparadores del consumo, ello implica que el profesional de la salud que logra que la persona atendida concluya la intervención y suspenda o reduzca su consumo de sustancias, es capaz, en esta primera fase, de guiar a la persona atendida a identificar aquellos estímulos externos como lugares, personas y días y aquellos estímulos internos como pensamientos, sensaciones y emociones, y basándose en esta información, planear de manera efectiva conducta alternativa al consumo de sustancias. Por el contrario, en el caso de los profesionales de la salud cuyos usuarios desertaron o no lograron la meta de abstinencia, la conducta del profesional es más general haciendo énfasis en la identificación del patrón de consumo y las consecuencias negativas de éste sin llegar a plantear la conducta alternativa. Es decir, la principal tarea en la etapa de Evaluación para el profesional de la salud promueva un cambio en la conducta de consumo de la persona atendida es utilizar la información de las situaciones claramente identificadas en las que se presenta el consumo y las consecuencias que éste genera, para el desarrollo de planes de conducta alternativa que realmente compitan con el consumo de sustancias y genere consecuencias positivas y agradables en el contexto de la persona atendida.

En la segunda etapa del análisis de proceso de las Intervenciones Breves denominada Análisis funcional y Planeación de conducta alternativa, la efectividad del profesional de la salud radica en trabajar exhaustivamente en conjunto con la persona atendida en los planes de acción para generar habilidades para enfrentar las situaciones de riesgo sin consumo, es decir, la tarea central del profesional es analizar y retroalimentar la ejecución de las actividades y estrategias planeadas y ensayadas en las sesiones de intervención, con la finalidad de que la persona atendida vaya adquiriendo y fortaleciendo sus capacidades para mantenerse sin consumo. Cuando los profesionales de la salud trabajan durante a sesión con aspectos muy generales del consumo, sin abordar los planes con ejemplos y situaciones específicas y particulares de cada persona, es muy probable que la persona no alcance sus metas de cambio, debido a que los planes sobre conducta alternativa no están adaptados a las características del consumo y el contexto de la persona atendida.

La tercera y última etapa del proceso de la Intervención Breve es la Consolidación, en esta etapa es particularmente importante para alcanzar la abstinencia, que el profesional de la salud continúe la programación de conducta alternativa con la persona atendida trabajando con situaciones específicas, pero sobre todo, ensayando cada habilidad que la persona requiera, por ejemplo, habilidades de manejo de enojo o ansiedad, de comunicación asertiva, de rehusarse al consumo o de habilidades sociales y recreativas. La diferencia más importante entre los casos que alcanzaron la abstinencia y los casos que se mantuvieron con consumo, radica en esta etapa final, en la habilidad del profesional para entrenar a la persona en las conductas alternativas al consumo mediante la práctica dentro de las sesiones. Considerando que ésta es la última fase de la intervención, el ensayo de las habilidades resulta fundamental no sólo para el logro de las metas, sino para el mantenimiento de las mismas una vez concluída la intervención y la prevención de recaídas posteriores.

El análisis de proceso de la Intervención Breve desarrollado en el presente trabajo permite plantear implicaciones relevantes en las distintas etapas de la intervención, identificando elementos conductuales centrales que dan origen al cambio en la conducta de consumo del usuario y de la variación de los patrones conductuales durante la dinámica de la interacción. Al respecto, en la Evaluación, lo más relevante es entonces la identificación clara de los estímulos disparadores del consumo y sus consecuencias, pues ello es la base para la siguiente actividad en la fase de Análisis Funcional y Planeación de Conducta Alternativa que es la programación de alternativas al consumo a partir del desarrollo de habilidades en la persona atendida, que están relacionadas funcionalmente con el consumo y finalmente en la Consolidación, la práctica y retroalimentación de las habilidades de la persona atendida, es fundamental para el mantenimiento del cambio.

La metodología microgenética con la que se abordó el análisis del proceso de las Intervenciones Breves, parte de los supuestos de la teoría de los Sistemas Dinámicos, que explica cómo los distintos componentes de un sistema complejo se organizan y reorganizan con el tiempo en una serie de patrones o atractores que tienden a mostrar cierta estabilidad (Kelso, 1995; Kugler, Kelso, & Turvey, 1982; Prigogine & Stengers, 1984). Precisamente las intervenciones psicológicas, funcionan como un proceso dinámico, cuyo objetivo es influir en los patrones de comportamiento de las personas atendidas, a partir de relaciones de mutua determinación donde

A (profesional) afecta a B (persona atendida) y viceversa (Lichwarck & Van Geert, 2004; Boker & Graham, 1998).

Los hallazgos generados a partir del análisis de proceso sobre la conducta del profesional de la salud relacionada con la abstinencia de la persona atendida como la identificación del contexto del consumo, la planeación de conducta alternativa efectiva y la práctica de las habilidades dentro de las sesiones, coinciden con la perspectiva de Sistemas Dinámicos, pues muestran cambios sistemáticos de los patrones de interacción entre el profesional de la salud y las personas atendidas en las tres etapas de la intervención y diferencialmente de acuerdo con los resultados de esta, lo que sugiere que existe una organización de la conducta y una variación sistemática de ésta dentro del sistema dinámico que constituyen las Intervenciones Breves.

Los hallazgos anteriormente descritos se enmarcan en una perspectiva microgenética, que asume la observación del cambio mientras éste ocurre, lo que permite monitorear procesos completos sin limitarse a un producto o resultados antes-después (Fogel; 2006, 2011). La metodología microgenética usada en el presente estudio, implicó un análisis altamente exhaustivo de la implementación de las Intervenciones Breves, cubriendo los requisitos planteados en la literatura para este tipo de estudios (Flynn, Pine, & Lewis, 2007; Cheshire, Muldoon, Francis, Lewis, & Ball, 2007). En primer lugar, las observaciones realizadas abarcaron el proceso completo de cambio, es decir, fueron analizadas todas y cada una de las sesiones de la intervención breve, desde la admisión de la persona atendida, hasta su egreso. En segundo lugar, se generaron registros minuciosos de la observación, empleando análisis secuenciales momento a momento, que permitieron obtener los patrones significativos de interacción dentro de todo el flujo de las sesiones. En tercer lugar, la alta densidad de observaciones permitió identificar los momentos particulares de cambio, correspondientes a las actividades clínicamente relevantes de la intervención breve (CICAD-OEA, 2017; Froján, et al., 2011).

El análisis microgenético que se realizó cobra mayor relevancia a partir de su uso en escenarios clínicos naturales, mediante la observación directa de la conducta del profesional de la salud y las personas atendidas directamente en el contexto en el que se administran las intervenciones breves, es decir, en los centros de atención a las adicciones, donde profesionales de la salud se enfrentan al reto de atender a una gran cantidad de personas con diversas características a las que tienen que dar respuestas efectivas. Esta observación directa implicó,

entre otros, cuatro aspectos metodológicos relevantes: la voluntad política de las instituciones participantes, el uso de la tecnología como mecanismo de seguimiento, la validez social del procedimiento dada por los participantes y la retroalimentación de la ejecución del profesional de la salud.

En primer lugar, la posibilidad de observar las actividades de los participantes en el escenario clínico natural requirió de un compromiso institucional asumido por las autoridades políticas, quienes permitieron y gestionaron la entrada del equipo de investigadores involucrados en el presente trabajo a la institución y quienes a través del diálogo y la sensibilización funcionaron como un mecanismo de motivación para los participantes. Este mecanismo se logró mediante tres actividades principales: la vinculación formal de la Universidad con las instituciones de salud mediante convenios de colaboración, el diálogo presencial con las autoridades mediante la entrega de resultados en las diversas etapas de la investigación y el contacto directo y constante con los participantes, quienes recibieron todo el tiempo retroalimentación sobre su participación en el protocolo de investigación.

La utilidad y relevancia del trabajo conjunto de las Universidades con el Gobierno coloca a la investigación como una actividad relevante para las instancias que implementan los procedimientos basados en evidencia para la atención de las adicciones y es sin duda un elemento clave para el desarrollo de nuevo conocimiento y aportaciones teóricas, metodológicas y sociales, en el campo de estudio de los trastornos asociados al consumo de sustancias.

En segundo lugar, esta investigación y sus hallazgos fueron posibles gracias al uso de la tecnología para una comunicación remota efectiva. En la fase 1 del presente trabajo, se empleó una estrategia de entrenamiento a distancia, mediante una plataforma electrónica que permitió la cobertura de aproximadamente 300 profesionales de la salud de todo el país. Por otro lado, en la segunda fase, la observación del proceso de la intervención tuvo lugar mediante el envío de videos vía correo electrónico y la retroalimentación de estos por ese medio. Esta estrategia facilitó la comunicación e hizo posible la participación de alrededor de 100 profesionales de la salud y 200 personas que se vieron beneficiados de la supervisión a distancia y cuyas actividades funcionaron como la fuente de información principal que derivó en los hallazgos que hasta el momento se han discutido.

En tercer lugar, el uso de la metodología microgenética obtuvo la aceptación de los participantes a partir de la firma del consentimiento informado. Esto es sumamente relevante, pues le confiere la validez social requerida al procedimiento, pues en el caso de los profesionales de la salud, se trata de la observación y retroalimentación de su actividad profesional en su lugar de trabajo en interacción con las personas atendidas, se consintió la observación de su proceso terapéutico, compartiendo datos sensibles sobre su vida cotidiana, problemáticas y acciones para cambio. Si bien, la observación directa no es siempre una estrategia fácil de aceptar de entrada, la adecuada información y sensibilización dada a los participantes permitió que el procedimiento fuera socialmente válido.

En cuarto lugar, un elemento metodológico importante que formó parte del abordaje microgenético fue la retroalimentación que recibieron los profesionales de la salud en cada una de las sesiones analizadas. Las observaciones exhaustivas de cada sesión del proceso de intervención y el uso de la tecnología, permitieron brindar retroalimentación igualmente exhaustiva y oportuna a la ejecución que los profesionales de la salud realizaban sesión con sesión. La retroalimentación favoreció la aceptación de la estrategia metodológica, además de ser éticamente pertinente al buscar el máximo beneficio para el profesional de la salud, pero también para la persona que estaba recibiendo la intervención.

Finalmente, es importante enmarcar estos retos metodológicos en la perspectiva de traslación. Una de las actividades de traslación, descritas por Breckler (2006) es la diseminación de las innovaciones, que implica generar mecanismos de comunicación y transferencia de la información efectivos, que deriven en la adopción de las prácticas basadas en evidencia. En el presente trabajo, la vinculación institucional y el uso de la tecnología permitieron que la diseminación masiva de las estrategias de implementación y adaptación de las Intervenciones Breves tuviera lugar y pudiera ser analizada experimentalmente. Dentro de la transferencia efectiva de la información, la retroalimentación es fundamental para tomar decisiones de ajuste de las intervenciones (Martínez & Medina-Mora 2013). Por otro lado, las políticas públicas de las instituciones participantes son, al final, parte del proceso de traslación (Santoyo, 2012), en el que la formación de recursos humanos, la evaluación de la implementación y la inversión de las instituciones en investigación respecto a la efectividad de las intervenciones favorecen el desarrollo científico del campo.

A partir de los retos que representó la conducción de la presente investigación, es importante señalar que existen algunas limitaciones cuya consideración es necesaria. En primer lugar, la falta de un grupo control en la fase de análisis microgenético dificulta distinguir si la abstinencia lograda por las personas atendidas se debe exclusivamente a la intervención o podría haberse explicado por otras variables, sin embargo, la principal razón que llevó a establecer la comparación entre casos con tratamiento, tiene que ver con la responsabilidad ética de nuestra profesión que dicta el poner a disposición de las personas con problemas por consumo de sustancias, las mejores intervenciones disponibles, lo más oportunamente posible (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012); además de que la tendencia general del comportamiento adictivo es que la repetición de la conducta de consumo hace más probable la trayectoria hacia una dependencia a la sustancia (Volkow, Fowler, Wang, & Swanson, 2004).

Otra limitación es que no se exploró el efecto de la retroalimentación que recibieron los profesionales, pues no se contó con un grupo de comparación donde se omitiera esta estrategia, que sin duda tiene relación con los resultados, pues todos los profesionales se vieron beneficiados de esta supervisión. Estudios posteriores deberán contemplar el efecto de la retroalimentación, pues en el presente trabajo se priorizó el beneficio de las personas atendidas y del propio profesional al recibir información sobre su ejecución y con ello la posibilidad de mejorarla sesión tras sesión, como ha sido reportado en la literatura que da cuenta de que el monitoreo y supervisión a los profesionales es fundamental y necesaria para mejorar la efectividad de las intervenciones (Miller, Yahne, Moyers, Martínez, & Pirritano, 2004; Sholomskas, Syracuse-Siewert, Rounsaville, Ball, Nuro, & Carroll, 2005; Herschell, Kolko, Baumann, & Davis, 2010).

Finalmente, una tercera limitación es el escaso control que se tuvo del espectro de barreras y facilitadores que los profesionales pueden tener para la implementación de intervenciones y que, de acuerdo con la literatura, incluyen aspectos de capacitación, recursos materiales, recursos humanos, manuales y características de los personas atendidas (Martínez, Jiménez, Félix, & Morales, 2018). La consideración de estas barreras, puede ser también parte de la explicación de la efectividad diferencial de los profesionales, pues están relacionada con la adecuada o inadecuada implementación de las intervenciones en los contextos naturales y sin duda deben ser abordadas en futuros estudios. Un pendiente importante de este tipo de investigaciones tiene que ver con la divulgación de estos hallazgos, sobre todo con la población

participante, es decir, el generar conocimiento que pueda ser publicado no sólo en artículos científicos, sino en medios de divulgación más cercanos a los profesionales que no necesariamente consultan publicaciones de corte científico. Resulta de suma importancia asegurar la transferencia del conocimiento y que los resultados de las investigaciones realmente impacten positivamente el quehacer profesional.

A pesar de dichas limitaciones, la metodología con la que se abordó este estudio permitió la obtención de datos que representan una aportación a nivel teórico al campo de la psicología, en términos de la identificación de la dinámica de interacción entre el profesional y la persona atendida durante las distintas etapas del proceso de intervención que hace posible la suspensión del consumo de sustancias psicoactivas. Esto tiene posibilidades inmediatas de aplicación en la práctica clínica al representar un referente para el entrenamiento de los profesionales de la salud, donde no solamente se incluya la capacitación teórica y de procedimientos, sino se ejerciten las habilidades relacionadas con la interacción efectiva dentro de las sesiones de intervención. Además, conocer los patrones conductuales que promueven el logro de las metas de tratamiento, permite el desarrollo de estrategias de monitoreo, supervisión y retroalimentación de las actividades de implementación de intervenciones por parte de los profesionales de la salud con miras a la mejora continua de su práctica profesional.

Dados los alcances obtenidos con el presente trabajo, uno de los principales cursos de acción para futuras investigaciones es el relacionado con la exploración del proceso de traslación en intervenciones administradas para otros padecimientos de salud mental. El consumo de sustancias ha ameritado, por la problemática de salud que representa, un amplio abordaje desde distintos ámbitos educativos, de investigación y en materia de políticas públicas, sin embargo, actualmente el consumo de sustancias se presenta en comorbilidad con otro tipo de trastornos que complejizan el abordaje terapéutico; tal es el caso de la depresión, ansiedad, conductas autolesivas y suicidio que son los padecimientos más prevalentes en comorbilidad con las adicciones. Dicha complejidad representa un reto en materia de entrenamiento y de análisis de la conducta del profesional en interacción con las personas que atiende, pues le demanda al profesional de la salud una serie de habilidades para la toma de decisiones que no están consideradas en las Intervenciones Breves como originalmente fueron concebidas. Es decir, la posible extensión de los hallazgos de la presente investigación a sistemas de intervención más

complejos que impacten en otro tipo de problemáticas es un camino por seguir para la mejora de la práctica psicológica basada en evidencia, generando dicha evidencia sobre efectividad a partir de la observación de las actividades profesionales.

En conclusión, el proceso de traslación que ha dado lugar al desarrollo de las Intervenciones Breves como una de las mejores opciones de tratamiento para los problemas por consumo de sustancias, se encuentra actualmente en una etapa en la que es necesario considerar y fortalecer no solamente la práctica basada en evidencia, sino la evidencia basada en la práctica (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005; Webster-Stratton, Rinaldi, & Reid, 2011), lo que implica el posicionamiento del profesional de la salud y su ejecución en interacción con las personas, en el centro de la investigación, valorando su importancia como fuente necesaria de evidencia empírica derivada de su actividad profesional cotidiana en los escenarios clínicos naturales. Esta perspectiva involucra entonces, el retorno del puente que tradicionalmente se ha tendido de la investigación básica a la aplicación socialmente relevante, en la dirección opuesta, que no contraria, sino necesaria: la evaluación de la implementación en escenarios naturales y cada vez menos controlados como vía de retroalimentación al cuerpo de conocimiento y estado del arte de lo que se sabe sobre las estrategias para el cambio de la conducta de consumo.

Referencias

- Abreu, P. R., Hübner, M. M. C., & Lucchese, F. (2012). The role of shaping the client's interpretations in functional analytic psychotherapy. *The analysis of verbal behavior*, 28(1), 151.
- Alberts, G., & Edelstein, B. (1990). Therapist training: A critical review of skill training studies. *Clinical Psychology Review*, 10(5), 497-511.
- Allsop, S., Saunders, B. & Phillips, M. (2000). The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, 95 (1), 95-106.
- American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist* 61(4):271-285.
- American Psychological Association, Committee on Professional Practice and Standards. (1993). Record keeping guidelines. *American Psychologist*, 48, 984-986.
- American Psychological Association. (2002). Criteria for practice guideline development and evaluation. *American Psychologist*, 57, 1048- 1051.
- American Psychological Association. (2005). Determination and documentation of the need for practice guidelines. *American Psychologist*, 60, 976-978.
- Anderson, S. E., & Youngson, S. C. (1990). Introduction of a child sexual abuse policy in a health district. *Children & Society*, 4(4), 401-419.
- Arnáez Montaraz, C., González, M., Secades Villa, A., & Fernández Hermida, J. R. (2004). Calidad asistencial y satisfacción de las mujeres en. *Adicciones*, 16(2), 81-90.
- Baer, J. S., Rosengren, D. B., Dunn, C. W., Wells, E. A., Ogle, R. L., & Hartzler, B. (2004). An evaluation of workshop training in motivational interviewing for addiction and mental health clinicians. *Drug and alcohol dependence*, 73(1), 99-106.
- Baer, J.S., et al., 2009. Agency context and tailored training in technology transfer: A pilot evaluation of motivational interviewing training for community counselors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(2):191-202.
- Bakeman, R., & Gottman, J. M. (1986). Observing behavior: An introduction to sequential analysis. *Cambridge: Cambridge University*.
- Baldwin, T. T., & Ford, J. K. (1988). Transfer of training: A review and directions for future research. *Personnel psychology*, 41(1), 63-105.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman: New York.
- Barraca, J. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación. *Clínica y salud*, 20(2), 109-117.
- Barragán, L. (2005). *Modelo de Intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctorado. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J. y Martínez, M. J. (2006). *Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas: Manual Del Terapeuta* (Tomos I y II). México: Comisión Nacional contra las Adicciones.
- 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.

- Beidas R., Koerner, K., Weingardt, K., Kendall, P. (2011). Training research: Practical recommendations for maximum impact. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38:223–237.
- Berholet, N., Daeppen, J., Wietlisbach, V. Fleming, M. & Burnand, B. (2005). Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Archives of internal medicine*, 165(9), 986-995.
- Bickel, W., DeGranpre, R. & Higgins, S. (1997). Behavioral economics: A novel experimental approach to the study of drug dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 33, 173-192.
- Bickel, W., Odum, A. & Madden, G. (1999). Impulsivity and cigarette smoking: delay discounting in current, never, and ex-smokers. *Psychopharmacology*, 146(4), 447–454
- Bierman, K. L., Nix, R. L., Maples, J. J., & Murphy, S. A. (2006). Examining Clinical Judgment in an Adaptive Intervention Design: The Fast Track Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (3), 468-481.
- Boker, S. M., & Graham, J. (1998). A dynamical systems analysis of adolescent substance abuse. *Multivariate Behavioral Research*, 33(4), 479-507.
- Breckler, S. J. (2006). Embracing the many applications of psychology. *Monitor on Psychology*, 37(4).
- Brooker, C., & Butterworth, T. (1993). Training in psychosocial intervention: the impact on the role of community psychiatric nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 18(4), 583-590.
- Carroll, K., Ziedonis, D., O'Malley, S., McCancekatz, E. (1993). Pharmacology Interventions for Alcohol and Cocaine-abusing individuals: A pilot study of disulfiram vs. naltrexone. *American Journal of Addictions*, 2, 77-79.
- Carroll, K.M. (2000). A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research in the addictions. *Drug and Alcohol Dependence* 57(3):225-238.
- Carroll, K.M., y Rounsaville, B.J. (2007). A vision of the next generation of behavioral therapies research in the addictions. *Addiction*, 102(6): 850-862. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2007.01798.x
- Carroll, K.M.; Nich, C.; and Rounsaville, B.J. (1998). Use of observer and therapist ratings to monitor delivery of coping skills treatment for cocaine abusers: Utility of therapist session checklists. *Psychotherapy Research*, 8, 307-320.
- Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias. (2006). *Conocimientos, Destrezas, y Actitudes de la Práctica Profesional*. Serie de Publicaciones para Asistencia Técnica (TAP) 21. Rockville, MD.
- Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación (2012). Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas 2012.
- Chagnon, F., Houle, J., Marcoux, I., & Renaud, J. (2007). Control-group study of an intervention training program for youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(2), 135-144.
- Chambless, D.L., & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology* 52:685-716.
- Cheshire, A., Muldoon, K. P., Francis, B., Lewis, C. N., & Ball, L. J. (2007). Modelling change: New opportunities in the analysis of microgenetic data. *Infant and Child Development*, 16(1), 119.

- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., & Weisz, J. R. (2005). Identifying and selecting the common elements of evidence-based interventions: A distillation and matching model. *Mental health services research, 7*(1), 5-20.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: The coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(1-2), 16-25.
- Collins, L., Murphy, S., & Bierman, K. A. (2004). A conceptual framework for adaptive preventive interventions. *Prevention Science, 5* (3), 185-196.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaría General de la Organización de Estados Americanos CICAD OEA. (2017). *Transferencia de las Intervenciones Breves para la Prevención de Recaídas en Adicciones*. ISBN 978-0-8270-6700-4
- Condon, T.P., Miner, L.L., Balmer, C. W., & Pintello, D. (2008). Blending addiction research and practice: Strategies for technology transfer. *Journal of Substance Abuse Treatment, 35*, 156-160
- Cooper, J., Heron, T., & Heward, W. (2007). *Applied behavior analysis*. Pearson/Merrill-Prentice Hall
- Curran, G.M., Bauer, M., Mittman, B., Pyne, J. M. y Stetler, C. (2012). Effectiveness-implementation Hybrid Designs. Combining Elements of Clinical Effectiveness and Implementation Research to Enhance Public Health Impact. *Med Care, 50*(3), 217-226. DOI: 10.1097/MLR.0b013e3182408812.
- D'Zurilla, T., Chang, E. & Sanna, L. (2004). Social Problem Solving: Current Status and Future Directions. In E. C. Chang, T. J. D'Zurilla, & L. J. Sanna (Eds.), *Social problem solving: Theory, research, and training* (pp. 241-253). Washington, DC, US: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10805-014>
- D'Zurilla (1986). *Problem solving therapy*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Damschroder, L. J., & Hagedorn, H. J. (2011). A guiding framework and approach for implementation research in substance use disorders treatment. *Psychology of Addictive Behaviors, 25*(2), 194.
- Demchak, M., & Browder, D. M. (1990). An evaluation of the pyramid model of staff training in group homes for adults with severe handicaps. *Education and Training in Mental Retardation, 150-163*.
- Dennis, M., Godley, s., Diamond, G., Tims, F., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N., Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*(3):197-213.
- Dimeff, L. A., Koerner, K., Woodcock, E. A., Beadnell, B., Brown, M. Z., Skutch, J. M., ... & Harned, M. S. (2009). Which training method works best? A randomized controlled trial comparing three methods of training clinicians in dialectical behavior therapy skills. *Behaviour Research and Therapy, 47*(11), 921-930.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... & Atkins, D. C. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*(4), 658.
- Dixon, M., Marley, J. & Jacobs, E. (2003). Delay discounting by pathological gamblers. *Journal of Applied Behavior Analysis, 36*(4), 449-458.
- Dobson, K. S. (Ed.). (2009). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. Guilford Press.

- Drummond, D. (1990). The relationship between alcohol dependence and alcohol-related problems in a clinical population. *British Journal of Addictions*, 85(3), 357-366.
- Drummond, D. (2001). Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction*, 96(1), 33-46.
- Ducharme, J. M., & Feldman, M. A. (1992). Comparison of staff training strategies to promote generalized teaching skills. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25(1), 165-179.
- Edmunds, J. M., Beidas, R. S., & Kendall, P. C. (2013). Dissemination and implementation of evidence-based practices: training and consultation as implementation strategies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(2), 152-165.
- Emmelkamp, P. & Vedel, E. (2012). *Evidence-Based Treatment for Alcohol and Drugs Abuse*. Routledge: New York.
- Essenberg SB, McGaghie WC, Hart IR, Mayer JW, Felner JM, Petrusa ER (1999). Simulation technology for health care professional skills training and assessment. *Journal of the American Medical Association*, 282, 861–866.
- Essock, S. M., Goldman, H. H., Van Tosh, L., Anthony, W. A., Appell, C. R., Bond, G. R., ... & Ralph, R. O. (2003). Evidence-based practices: Setting the context and responding to concerns. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(4), 919-938.
- Eva KW, MacDonald RD, Rodenburg D, Greehr G. (2000). Maintaining the characteristics of effective clinical teachers in computer assisted learning environments. *Advances in Health Sciences Education*, 5, 233–246.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6), 373-378.
- Ferro García, R., Valero Aguayo, L., & López Bermúdez, M. Á. (2007). Novedades y aportaciones desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 19(3), 452-458.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. *Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute*.
- Flynn, E., Pine, K., & Lewis, C. (2007). Using the microgenetic method to investigate cognitive development: an introduction. *Infant and Child Development*, 16(1), 1-6.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: The Guilford Press.
- Fogel, A. (2006). Dynamic Systems Research on Interindividual Communication: The Transformation of Meaning-Making. *Infancia y Aprendizaje*, 7-30.
- Fogel, A. (2011). Theoretical and Applied Dynamic Systems Research in Developmental Science. *Child Development Perspectives*, 5 (4), 267-272.
- Fogel, A., Garvey, A., Hsu, H., & West-Stroming, D. (2006). Change processes in relationships: Relational—historical research on a dynamic system of communication.
- Follette, W. C. (1995). Correcting methodological weaknesses in the knowledge base used to derive practice standards. In S. C. Hayes, V. M. Follette, T. Risley, R. M. Dawes, & K. E. Grady (eds.), *Scientific standards of psychological practice: Issues and recommendations* (pp. 229-247). Reno, NV: Context Press.

- Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (1995). Do as I do, not as I say: A behavior analytic approach to supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 413-421.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior therapy*, 27(4), 623-641.
- Ford, J. K., & Weissbein, D. A. (1997). Transfer of training: An updated review and analysis. *Performance improvement quarterly*, 10(2), 22-41.
- Freeman, K. A., & Morris, T. L. (1999). Investigative interviewing with children: Evaluation of the effectiveness of a training program for child protective service workers. *Child abuse & neglect*, 23(7), 701-713.
- Froján, M.X., Montaña, M., Calero A., García Á., Garzón Á., y Ruiz E.M. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema*, 20(4), 603-609.
- García-Mila, M., Gilabert, S., & Rojo, N. (2011). El cambio estratégico en la adquisición del conocimiento: la metodología microgenética. *Infancia y Aprendizaje*, 34(2), 169-180.
- Garland, A. F., Bickman, L., & Chorpita, B. F. (2010). Change what? Identifying quality improvement targets by investigating usual mental health care. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(1-2), 15-26.
- Garner, B. R., Barnes, B., & Godley, S. H. (2009). Monitoring fidelity in the Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA): The training process for A-CRA raters. *Journal of behavior analysis in health, sports, fitness and medicine*, 2(1), 43.
- Garner, B., Hunter, S., Funk, R., Griffin, B., Godley, S. (2016). Toward evidence-based measures of implementation: examining the relationship between implementation outcomes and client outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 67, 15-21. DOI: 10.1016/j.jsat.2016.04.006
- Glass, J., Andréasson, S., Bradley, K., Wallhed, S., Williams, E., Backshi, A., Heather, N., Tiburcio, M... (2017). Rethinking alcohol interventions in health care: a thematic meeting of the International Network on Brief Interventions for Alcohol and Other Drugs. *Addiction Science and Clinical Practice*, 12(14), 1-16. DOI: 10.1186/s13722-017-0079-8
- Godley, M. D., Godley, S. H., Dennis, M. L., Funk, R., & Passetti, L. L. (2002). Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 23(1), 21-32.
- Godley, S. H., Meyers, R. J., Smith, J. E., Karvinen, T., Titus, J. C., Godley, M. D., ... & Kelberg, P. (2001). The Adolescent Community Reinforcement Approach for Adolescent Cannabis Users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 4.
- Goldberg, S. & Stolerman, I. (1986). *Behavioral Analysis of Drug Dependence*. Orlando: Academic Press.
- Goldstein, R. & Volkow, N. (2002). Drug Addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence in the involvement of the frontal cortex. *The American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1642-1652.
- Gotham, H. J. (2004). Diffusion of mental health and substance abuse treatments: Development, dissemination, and implementation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(2), 160-176.

- Griffiths, R., Bigelow, G. & Henningfield, J. (1980). Similarities in animal and human drug taking behavior. *Advances in substance abuse: behavioral and biological research*. Greenwich: JAI Press.
- Gulliver, S., Kalman, D., Rohsenow, D., Colby, S., Eqaton, C & Monti, P. (2000). Journal of studies on alcohol, 61(1), 157-163. DOI:10.15288/jsa.2000.61.157
- Hamilton, S. A. (1988). Behavioral formulations of verbal behaviour in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 8, 181-193
- Hayes, S. C., Follete, W. C. y Follete, V. M. (1995). Behavior therapy: A contextual approach. En A.S. Gurman y S.B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies. Theorie and practice*. Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., y Wilson, K.G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303.
- Heather, N., Rollnick, S., Bell, A., & Richmond, R. (1996). Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and alcohol review*, 15(1), 29-38.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E., & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 434-440.
- Herschell, A. D. (2010). Fidelity in the field: developing infrastructure and fine-tuning measurement. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(3), 253-257.
- Herschell, A. D., Kogan, J. N., Celedonia, K. L., Gavin, J. G., & Stein, B. D. (2009). Understanding community mental health administrators' perspectives on dialectical behavior therapy implementation. *Psychiatric Services*.
- Higgins, S. (1996). Some potential contributions of reinforcement and Consumer demand theory to reducing cocaine use. *Addictive behaviors*, 21 (6), 803-816.
- Higgins, S. (1997). The influence of alternative reinforcers on cocaine use and abuse: A brief review. *Pharmacology Biochemistry Behavior*, 57, 419-427.
- Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5, 84-135.
- Holland, J. & Skinner, B. (1961, 1990). Análisis de la Conducta: Texto Programado. México: Trillas.
- Horigian, V., Marín, R., Verdeja, R., Alonso, E., Pérez, M., Fernández, J., Verlanga, C., Medina-Mora, M... (2015). Technology transfer for the implementation of a clinical trials network on drug abuse and mental health treatment in Mexico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(3), 233-242.
- Hulsman RL, Ros WJG, Winnubst JAM, Bensing JM. (2002). The effectiveness of a computer-assisted instruction programme on communication skills of medical specialists in oncology. *Medical Education*, 36, 125-134.
- Hunt, G. & Azrin, N. (1973). A Community Reinforcement Approach to Alcoholism. *Behavioral, Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR,

- Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012.
- Iwata B.A., & Dozier, C.L. (2008). Clinical Application of Functional Analysis Methodology. *Behavioral Analysis in Practice*, 1(1), 3–9.
- Iwata, B. A., Vollmer, T. R., & Zarcone, J. R. (1990). The experimental (functional) analysis of behavior disorders: Methodology, applications, and limitations.
- Iwata, B., Wallace, M., Kahng, S., Lindberg, J., Hanley, G., Thompson, R. & Worsdell, A. (2000). Skill acquisition in the implementation functional análisis methodology. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33(2), 181-194.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: an acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(2), 351.
- Kaner, E., Dickinson, H., Beter, F., Piennar, E., Schlesinger, C., Campbell, F. & Heather, N. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 28(3), 301-323.
- Karno, M & Longabaugh, R. (2005). Less directiveness by therapists improves drinking outcomes of reactant clients in alcoholism treatment. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 73(2): 262-267.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American psychologist*, 63(3), 146.
- Keslo, S. (1995) *Dynamic patterns: The self-organization of brain and behavior*. London, England: Cambridge MIT Press.
- Klesges, L. M., Estabrooks, P.A., Dzewaltowski, D.A., Bull, S.S., & Glasgow, R. E. (2005). Beginning With the Application in Mind: Designing and Planing Health Behavior Change. Interventions to Enhance Dissemination *Annals of behavioural medicine*, 29, 66-75.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C., & Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13(6), 579-592.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Dougher, M. J. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 16(2), 271.
- Kugler, P. N., Kelso, J. S., & Turvey, M. T. (1982). On the control and coordination of naturally developing systems. *The development of movement control and coordination*, 5, 78.
- Kuhn, D., Garcia-Mila, M., Zohar, A., Andersen, C., White, S. H., Klahr, D., & Carver, S. M. (1995). Strategies of knowledge acquisition. *Monographs of the society for research in child development*, i-157.
- Kuhn, D., Schauble, L., & Garcia-Mila, M. (1992). Cross-domain development of scientific reasoning. *Cognition and Instruction*, 9(4), 285-327.
- Lambert, M.J., et al., (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *PsychotherapyResearch*, 11(1):49-68.

- 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.
- Lavori P., & Dawson R. (2000). Design for testing clinical strategies: biased-coin adaptive within-subject randomization. *Journal of the Royal Statistical Society*, 163, 29–38.
- Lavori P., & Dawson R. (2004). Dynamic treatment regimens: practical design considerations. *Clinical Trials*, 1, 9–20.
- Lavori, P., Dawson, R., Rush, A. (2000). Flexible treatment strategies in chronic disease: clinical and research implications. *Biological Psychiatry*, 48, 605–614.
- Liberman, R.P. (1988). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington: American Psychiatric Press.
- Lichwarck, A., & Geert, P. (2004). A dynamic systems perspective on social cognition, problematic behaviour, and intervention in adolescence. *European Journal of Developmental Psychology*, 1 (4), 399-411.
- Llewelyn, S., & Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 1-21.
- Lochman, J. E., Boxmeyer, C., Powell, N., Qu, L., Wells, K., & Windle, M. (2009). Dissemination of the Coping Power Program: Importance of intensity of counselor training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 397–409.
- Longabaugh, R., Donovan, D. M., Karno, M. P., McCrady, B. S., Morgenstern, J., & Tonigan, J. S. (2005). Active Ingredients: How and Why Evidence-Based Alcohol Behavioral Treatment Interventions Work. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(2), 235-247.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Diguier, L., Woody, G., & Seligman, D. A. (1997). The Psychotherapist Matters: Comparison of Outcomes Across Twenty-Two Therapists and Seven Patient Samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 53-65.
- Luwel, K., Siegler, R.S., & Verschaffel, L. (2008). A microgenetic study of insightful problem solving. *Journal of Experimental Child Psychology*, 99, 210-232.
- Marlatt, G. A. (1985). Cognitive factors in the relapse process. In G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention* (pp. 128-200). New York: Guilford Press
- Marlatt, G. & Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlowe, D., Festinger, D., Arabia, P., Dugosh, K., Benasutti, K., Croft, J., & McKay, J. (2008). Adaptive interventions in drug court: A pilot experiment. *Criminal Justice Review*, 33 (3), 343-360.
- Martínez, K. & Medina-Mora, M.E. (2013). Transferencia tecnológica en el área de adicciones: EL programa de Intervención Breve para Adolescentes, retos y perspectivas. *Salud Mental*, (36), 505-512.
- Martínez, K., Jiménez, A., Félix, V. & Morales, S. (2018). Impacto f a brief intervention programs in clinical practice: Barriers and adaptations. *International Journal of Psychological Research*, 11(2), 27-34. DOI:10.21500/20112084.3485

- Martínez, K., Pacheco, A., Echeverría, L., Medina-Mora, M. (2016). Barreras en la transferencia de la tecnología: Un estudio cualitativo de las intervenciones breves y los centros de atención a las adicciones. *Salud Mental*, 39(5), 257-265. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2016.030
- Martinez, K., Pedroza, F. & Salazar, M. (2005). Evaluación experimental de dos intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol de adolescentes. *Revistamexicana de análisis de la conducta*, 36(3).
- Martino, S. (2010). Strategies for Training Counselors in Evidence-Based Treatments. *Addiction Science and Clinical Practice*. 5(2), 30-43.
- McCluskey, A., & Lovarini, M. (2005). Providing education on evidence-based practice improved knowledge but did not change behaviour: a before and after study. *BMC Medical Education*, 5(1), 1.
- McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments: a review of current efforts. *American Psychologist*, 65(2), 73.
- McKay, J. R. (2005). Is there a case for extended interventions for alcohol and drug use disorders? *Addiction*, 100 (11), 1594-1610.
- McKay, J. R. (2009). Treating substance use disorders with adaptive continuing care. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Miller, P. H., & Coyle, T. R. (1999). Developmental change: Lessons from microgenesis. *Conceptual development: Piaget's legacy*, 209-239.
- Miller, W. R. (2001). Client treatment matching in addictive behaviors. *The Behavior Therapist*, 15, 7-8.
- Miller, W. R., & Mount, K. A. (2001). A small study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(04), 457-471.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd ed.). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(3), 455.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., & Tonigan, J. S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: A randomized trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 754.
- Miller, W.R., Yahne, C.E., Moyers, T.B., Martínez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6):1050-1062. DOI:10.1037/0022-006X.72.6.1050
- Miranda, J., Hepner, K. A., Azocar, F., Greenwood, G., Ngo, V., & Burnam, M. A. (2010). Development of a patient-report measure of psychotherapy for depression. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(3), 245-253.
- Mitcheson, L., Bhavsar, K., & McCambridge, J. (2009). Randomized trial of training and supervision in motivational interviewing with adolescent drug treatment practitioners. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 73-78.
- Monti, P., Abrams, D., Kadden, R. & Cooney (1989). *Treating Alcohol Dependence. Treatment Manuals for Practitioners*. Nueva York: Guilford Press.

- Morales, S. (2012). Las habilidades metodológicas y conceptuales en el quehacer cotidiano de la ciencia y el comportamiento. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 4(2), 126-129
- Morales, S., Martínez, K., Carrascoza, C., Chaparro, A. & Martínez, M. (2013). Evaluación de habilidades de consejo breve en el ámbito de las adicciones. *Health and Addictions*, 13(2), 109-116.
- Morgenstern, J., Morgan, T. J., McCrady, B. S., Keller, D. S., & Carroll, K. M. (2001). Manual-guided cognitive-behavioral therapy training: A promising method for disseminating empirically supported substance abuse treatments to the practice community. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(2), 83-88.
- Mota, T., Fuentes, C., Belchior, D., Pinto, H., Leon, M. & Cruvinel, E. (2019). Brief Interventions for substance abuse in Latin America: A systematic review. *Psicologia Em Estudo*, 24, 1-16. DOI: 10.4025/psicoestud.v24i0.44393
- Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Hendrickson, S. M., & Miller, W. R. (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of substance abuse treatment*, 28(1), 19-26.
- National Institute of Mental Health. Division of developmental translational research. Overview. Recuperado el 15/06/2012. <http://commonfund.nih.gov/clinicalresearch/overview-translational.aspx>.
- Neitzel, J. (2009). Steps for implementation: Positive reinforcement. Chapel Hill, NC: The National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders, Frank Porter Graham Child Development Institute, The University of North Carolina.
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (2004). Empirically supported treatments for children and adolescents: Advances toward evidence-based practice. *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment*, 3-25.
- Organización Mundial de la Salud, (2004). Recuperado de <http://www.who.int/topics/es/>
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5, 307-389.
- Ortiz A., Martínez R., Meza D. Grupo Interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual sobre Consumo de Drogas". Tendencias en el área metropolitana No. 58. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México D.F., 2015.
- Ossa, J. (2013). Matrices de transición y patrones de variabilidad cognitiva. *Universitas Psychologica*, 12 (2), 559-570.
- Parsons, M. B., & Reid, D. H. (1995). Training residential supervisors to provide feedback for maintaining staff teaching skills with people who have severe disabilities. *Journal of applied behavior analysis*, 28(3), 317-322.
- Pedroza, F.J. & Martínez, K.I. (2012). Investigación traslacional y transferencia del conocimiento en psicología. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 4(2), 130-135.
- Pérez, M. (1996). Tratamientos psicológicos. Madrid: Universitas.

- Petry, N. M., Alessi, S. M., Ledgerwood, D. M., & Sierra, S. (2010). Psychometric properties of the contingency management competence scale. *Drug and alcohol dependence, 109*(1), 167-174.
- Pickens, R., Meisch, R. & Thompson, T. (1978). Drug self-administration: An analysis of the reinforcing effects of drugs. En L. Iversen, S. Iversen & S. Snyder (eds.). *Handbook of psychopharmacology, 12*, 1.37. Nueva York: Plenum.
- Plaud, J. J., & Eifert, G. H. (1998). *From behavior theory to behavior therapy*. Allyn & Bacon.
- Prigogine, I., & Stengers, I. (1984). *A Nova aliança a metamorfose da ciencia*. Universidade de Brasília.
- Prochaska, J. & Di Clemente, C. (1982). Stages and processes of self-change of smoking: Toward and integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and Practice, 19*, 276-288.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunker, A., ... & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 38*(2), 65-76.
- Rescorla, R. A. (1968). Probability of shock in the presence and absence of CS in fear conditioning. *Journal of Comparative and Physiological Psychology, 66*, 1-5.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Colby, S. M., Myers, M. G., Gulliver, S. B., ... & Abrams, D. B. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: effects on substance use outcomes. *Addiction, 99*(7), 862-874.
- Rosenfarb, I. S. (1992). A behavior analytic interpretation of the therapeutic relationship. *The Psychological Record, 42*(3), 341.
- Rubel, E. C., Sobell, L. C., & Miller, W. R. (2000). Do continuing education workshops improve participants' skills? Effects of a motivational interviewing workshop on substance-abuse counselors' skills and knowledge. *The Behavior Therapist*.
- Saitz, R., Sullivan, L. M., & Samet, J. H. (2000). Training community-based clinicians in screening and brief intervention for substance abuse problems: Translating evidence into practice. *Substance Abuse, 21*(1), 21-31.
- Salazar, M., Valdez, J., Martínez, K. & Pedroza, F. (2010). Intervenciones breves con adolescentes rurales que consumen alcohol en exceso. *Universitas Psychologica, 10*(3), 803-8015.
- Santoyo, C. (2012). Investigación traslacional: Una misión prospectiva para la ciencia del desarrollo y la ciencia del comportamiento. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 4*(2) 84-110.
- Santoyo, V. C., & Espinosa, A. M. C. (2006). Desarrollo e interacción social: Teoría y métodos de investigación en contexto. México: CONACYT/UNAM
- Saunders, B., Wilkinson, C. & Phillips, M. (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction, 90*(3), 415-24.
- Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Rhoades, H. M., & Grabowski, J. (2001). Naltrexone and relapse prevention treatment for cocaine-dependent patients. *Addictive Behaviors, 26*(2), 167-180.
- Schuermans, J., Comijs, H., Emmelkamp, P. M., Gundy, C. M., Weijnen, I., Van Den Hout, M., & Van Dyck, R. (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and sertraline versus a waitlist control group for anxiety disorders in older adults. *The American journal of geriatric psychiatry, 14*(3), 255-263.

- Secades Villa, R., García-Rodríguez, O., Álvarez Rodríguez, H., Río Rodríguez, A., Fernández-Hermida, J.R. y Carballo, J.L. (en prensa). El Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el Tratamiento de la Adicción a la Cocaína. Adicciones.
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2016). Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones. Informe SISVEA 2015.
- Sharkin, B. S., & Plageman, P. M. (2003). What do psychologists think about mandatory continuing education? A survey of Pennsylvania practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(3), 318.
- Sholamskas, D., Syracuse, G., Rounsaville, B., Ball, S., Nuro, K. & Carroll, M. (2005). We don't train in vain: a dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavior therapy. *Journal of Consulting on Clinical Psychology*, 73(1), 106-115.
- Siegel, S. & Ramos, B. (2002). Applying laboratory research: drug anticipation and the treatment of drug addiction. *ExpClinPsychopharmacol*, 10(3): 83-162.
- Siegel, S. (1989). Pharmacological conditioning and drug effects. En A. Gaudie & M. Emmett-Oglesby (eds.). *Psychoactive drugs: tolerance and sensitization*. Clifton N.J.: Humana Press.
- Siegel, S. Classical conditioning, drug tolerance, and drug dependence. In Y. Israel, F. B. Glaser, H. Kalant, R. E. Popham, W. Schmidt, & R. G. Smart (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems* (Vol. 7). New York: Plenum, 1983.
- Siegler, R. S., & Chen, Z. (1998). Developmental Differences in Rule Learning: A Microgenetic Analysis. *Cognitive Psychology*, 36, 273-310.
- Siegler, R. S., & Jenkins, E. (1989). How children discover strategies. *Hillsdale, NY: Erlbaum*.
- Siegler, R.S., & Svetina, M. (2002). A microgenetic/Cros-Sectional Study of Matrix Completion: Comparing Short-Term and Long-Term Change. *Child Development*, 73 (3), 793-809.
- Sigel, I. E. (2006). Research to practice redefined. En K. A. Renninger & I. E. Sigel (Vol. Eds.), *Handbook of Child Psychology. Child Psychology in practice* (Vol. 4, pp. 1017-1024). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Simons, A. D., Rozek, D. C., & Serrano, J. L. (2013). Wanted: Reliable and valid measures for the science of cognitive behavioral therapy dissemination and implementation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(2), 181-194.
- Skinner, B. F. (1950), Are the theories of learning necessary, *Psychological Review*, 57, 193-216.
- Skinner, B.F. (1969). Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F.(1957). Verbal behavior. Nueva York: Appelton-Century-Crofts.
- Sobell, L. C. (1996). Bridging the gap between scientists and practitioners: The challenge before us. *Behavior Therapy*, 27(3), 297-320.
- Sobell, L.C., et al., 2008. Self-critiques of audiotaped therapy sessions: A motivational procedure for facilitating feedback during supervision. *Training and Education in Professional Psychology* 2(3):151-155.
- Solomon, R. (1980). The opponent-process theory of acquired motivation: The costs of pleasure and the benefits of pain. *American Psychologist*, 35(8), 691-712.

- Solomon, R. L., & Corbit, J. D. (1973). An opponent-process theory of motivation: II. Cigarette addiction. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 158-171.
- Stephens, R., Roffman, R. & Cirtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consult Clinician Psychology*, 68(5):898-908.
- Sturme, P., Ward-Horner, J., Marroquin, M., & Doran, E. (2007). Advanced concepts and methods of intervention in behavioral approaches to psychopathology. *Functional analysis in clinical treatment*, 51-64.
- Suda, K. T., & Miltenberger, R. G. (1993). Evaluation of staff management strategies to increase positive interactions in a vocational setting. *Behavioral Interventions*, 8(2), 69-88.
- Thelen, E., Smith, L. B., Karmiloff-Smith, A., & Johnson, M. H. (1994). A dynamic systems approach to the development of cognition and action. *Nature*, 372(6501), 53-53.
- Todd, KH, Braslow, A, Brennan, RT, Lowery, DW, Cox, RJ, Lipscomb, L. (1998). Randomized, controlled trial of video self-instruction versus traditional CPR training. *Annals of Emergency Medicine*, 31:364–369.
- Torres, G. (2010). La entrevista motivacional en adicciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 171-187.
- Turner, K. M. T. & Sanders, M. R. (2005). Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: Learning from the triple P-positivo parenting program system approach. *Aggression and Violent Behavior*, 11 (2), 176 - 193. doi: 10.1016/j.avb.2005.07.00
- U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration SAMHSA. (2006). Adicction Counseling Competencies: The Knowledge, Skills, and Attitudes of Professional Practice. Technical Assitance Publication Series 21. Addiction Technology Transfer Centers. National Curriculum Committee.
- U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration SAMHSA. (2007). Competencies for Substance Abuse Treatment Clinical Supervisors. Technical Assitance Publication Series 21-A. Addiction Technology Transfer Centers. National Curriculum Committee.
- U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration SAMHSA. (2012). Behavioral Health Evidence Based Treatment and Recovery Practices. Addiction Technology Transfer Centers. National Curriculum Committee
- Van Geert, P. (1994). *Dynamic systems of development: Change between complexity and chaos*. Harvester Wheatsheaf.
- Vargas, I. & Pardo, R. (2014). El papel de la experiencia del terapeuta en la aplicación de reglas en el contexto clínico. *Conductual*, 2 (3), 36-51.
- Villatoro, J., Resendiz, E., Mujica, A., Bretón, M., Cañas, V., Soto, J., Fregoso, D., Fleiz, C... (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y tabaco 2016-2017. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Virues, J. & Froján, M.X. (2015). A translatioanl approach to the functional analysis of language in psychotherapy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 69-75.
- Volkow, N., Fowler, J. & Wang, G. & Swanson, J. (2004). Dopamine in drug abuse and addiction: results from imaging studies and treatment implications. *Molecular Psychiatry*, 9, 557–569

- Vouchinich R. & Simpson C. (1998). Hyperbolic temporal discounting in social drinkers and problem drinkers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 6, 292-305.
- Webster-Stratton, C. (2011). Dissemination model: Seven strategies for delivering the incredible years programs with fidelity, Eds. C. Webster-Stratton. *The incredible years. Parents, teachers, and children's training series. Program content, methods, research and dissemination 1980-2011*, pp 227 -242. Seattle, W.A. USA: Incredible Years, Inc.
- Webster-Stratton, C., Rinaldi, J., & Reid, J. M. (2011). Long-term outcomes of Incredible Years Parenting Program: Predictors of adolescent adjustment. *Child and Adolescent Mental Health*, 16(1), 38-46.
- Weiner, S. (2009). A theory of organizational readiness to change. *Implementation Science*, 4(1), 67-75.
- West, R. (2005). *Theory of addiction*. Addiction Press: Oxford.
- Wilson, G. T., & Evans, I. M. (1977). The therapist-client relationship in behavior therapy. *Effective psychotherapy: A handbook of research*, 544-565.
- Wilson, K. G., & Blackledge, J. T. (2000). Recent developments in the behavioral analysis of language: Making sense of clinical phenomena. *Clinical behavior analysis*, 27-46.
- Wolf, S. (2008). The meaning of translational research and why it matters. *JAMA*, 299(2), 211-213. doi:10.1001/jama2007.26.
- World Health Organization (2010). The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. Geneva, SWZ:WHO.

Anexos

Anexo 1. Lista Cotejable del nivel de implementación

1= No lo domina; 2= En proceso; 3= Lo domina; 4= No aplica

Planeación de la intervención

Identifica el nivel de intervención (consejo, intervención, o tratamiento breve)	
Establece la dosis de intervención (número de sesiones, número de componentes, periodicidad)	
Resuelve la resistencia de la persona atendida	

Identificación del patrón de consumo

Aplica instrumentos de tamizaje	
Califica instrumentos de tamizaje	
Retroalimenta a la persona atendida sobre los resultados del tamizaje	
Utiliza los resultados del tamizaje en la planeación del tratamiento	

Evaluación

Califica instrumentos de evaluación	
Retroalimenta a la persona atendida sobre los resultados de la evaluación	
Utiliza los resultados de la evaluación en la planeación del tratamiento	

Establecimiento de meta de consumo

Identifica la conducta meta respecto al consumo (reducción o abstinencia)	
Define operacionalmente la conducta meta respecto al consumo	

Establecimiento de meta alternativa

Identifica la conducta meta de conducta alternativa	
Define operacionalmente la conducta meta alternativa	

Motivación y sensibilización

Identifica el nivel de motivación del usuario	
Enfatiza las consecuencias negativas asociadas al consumo	
Enfatiza beneficios de la abstinencia o reducción del consumo	
Realiza escucha reflexiva	
Refuerza la autoeficacia del usuario	

Análisis funcional de la conducta de consumo

Analiza disparadores externos del consumo	
Analiza disparadores internos del consumo	
Identifica la conducta de consumo	
Analiza consecuencias positivas del consumo	
Analiza consecuencias negativas del consumo	

Establecimiento de conducta alternativa

Monitorea la meta de consumo del usuario (p.e. revisa autoregistro)	
Identifica el contexto para programar conducta alternativa	
Define operacionalmente la conducta alternativa	
Identifica los pasos para llevar a cabo la conducta alternativa	

Identifica obstáculos para realizar la conducta alternativa	
Identifica opciones para enfrentar los obstáculos de la conducta alternativa	

Ensayos conductuales

Explica verbalmente al usuario la conducta/habilidad	
Modela la conducta/habilidad	
Solicita al usuario el ensayo de la conducta/habilidad	
Retroalimenta la ejecución del usuario	

Rúbrica de calificación

No lo domina	En proceso	Lo domina	No aplica
No aborda nada sobre el estímulo, a pesar de que se presentó la oportunidad de hacerlo.	Realiza preguntas o comentarios para identificar los aspectos más relevantes del estímulo y parafrasea la información para devolverla al usuario.	Realiza preguntas o comentarios para identificar los aspectos más relevantes del estímulo, parafrasea la información para devolverla al usuario y explica y analiza la relación funcional entre el estímulo y la conducta de consumo o alternativa al consumo.	No se presentó la oportunidad para abordar el estímulo.
Ejemplo: No hay verbalizaciones del terapeuta sobre el estímulo.	Ejemplo: <i>“¿Con quién consumes?”; “Entonces, además del malestar físico, ¿identificas otra consecuencia?”; “Por lo que me comentas, ya has tenido muchas consecuencias por beber”</i>	Ejemplo: <i>“Fíjate como esa situación ya se ha convertido en un estímulo que dispara tu consumo, incluso me dices que lo ves y ya se te antoja consumir”; “Observa como si logras cumplir con el plan de ir al cine en lugar de a la fiesta, obtendrás otras ganancias que reforzarán tu abstinencia”</i>	Ejemplo: Ya concluyó la evaluación o el usuario no requiere referencia, entonces el terapeuta no realizará actividades al respecto.

Anexo 2. Guion de la Situación simulada

Instrucciones: A continuación, vas a entrevistar a una persona de 30 años de edad, que trabaja en una compañía de seguros en el área de finanzas. Tiene una novia, viven juntos en un departamento rentado y presenta abuso de alcohol. Realiza con él 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 DEL PROFESIONAL	RESPUESTA DE LA PERSONA ATENDIDA (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 consumes?	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 está 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 una 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.
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 audífonos 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 consecuencia s positivas inmediatas a las conductas alternativas al consumo	Creo que si no tomara los viernes, me podría ir mejor.	¿Qué consecuencias positivas o agradables inmediatas crees que obtendrías de realizar este plan?	Si lo logro, me voy a sentir muy bien, primero porque mi novia sentiría que sí quiero estar con ella, es que a veces me reclama que prefiero ir a beber con mis amigos), no gastaría tanto dinero como cuando bebo, no me regañarían en el trabajo por escaparme, me sentiría tranquilo de saber que puedo hacer otra cosa en viernes que no sea tomar.
13. Programa consecuencia s 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 3. Registro secuencial de observación de la interacción profesional-usuario

A) Conductas observables en el profesional

Categoría	Descriptor	Definición operacional	Ejemplos
1. Estructurar (ET)	-	Dar información sobre lo que pasará en el curso de la sesión o sesiones. Incluye guiar la sesión a un tópico determinado, así como dar información acerca de la programación de citas o siguientes sesiones, el orden de las sesiones y de los componentes.	T: "A lo largo de esta sesión revisaremos en qué situaciones consumes y qué puedes hacer para no consumir ante estas situaciones." T: "De acuerdo a tus resultados trabajaremos en el Programa de Satisfactores Cotidianos, estaremos trabajando alrededor de 12 sesiones, en las cuales podrás procurar tu bienestar y aprender a enfrentar las situaciones que te llevan a consumir."
2. Indagar (IN)	Disparadores internos (di)	Realiza preguntas para obtener información relativa a disparadores internos del consumo del usuario. Incluye emociones, pensamientos y sensaciones físicas.	T: "Entonces, además del malestar físico, ¿identificas alguna emoción particular, antes de consumir?" T: "¿Qué piensas antes de consumir?" T: "Entiendo por lo que me comentas, que antes de ir al bar, te sientes muy ansioso e irritado, ¿es así?"
	Disparadores externos (de)	Realiza preguntas para obtener información relativa a disparadores externos del consumo del usuario. Incluye situaciones, lugares, personas, días y horas.	T: "¿Con quién consumes?" T: "¿Consumes siempre saliendo del trabajo?" T: "¿Hay alguien más con quien consumes aparte de Pablo y Juan?"
	Conducta de consumo (cc)	Realiza preguntas para obtener información relativa a la conducta de consumo del usuario. Incluye sustancia, cantidad, frecuencia, duración e historia de consumo.	T: "¿Cada cuándo consumes cocaína?" T: "¿Cuántos años tenías la primera vez que bebiste?" T: "¿Siempre has consumido de la misma manera?"
	Consecuencias negativas del consumo (cn)	Realiza preguntas para obtener información relativa a las consecuencias negativas derivadas del consumo. Incluye consecuencias a corto y largo plazo en las áreas de salud, interpersonal, legal, laboral, escolar y económicas.	T: "¿Has tenido alguna consecuencia legal por consumir?" T: "¿Alguna vez has tenido problemas con tu esposa por beber?" T: "¿Crees que los dolores de cabeza se relacionan con que fumas?"
	Consecuencias positivas del consumo (cp)	Realiza preguntas para obtener información relativa a las consecuencias positivas derivadas del consumo. Incluye consecuencias a corto y largo plazo en las áreas de salud, interpersonal, legal, laboral, escolar y económicas.	T: "¿Qué cosas buenas te ha traído el consumo de marihuana?" T: "¿Qué sientes de positivo justo después de consumir?"
3. Devolver (DV)	-	Parafrasea la información dada por el usuario, para resumirla, aclararla	T: "Hasta el momento me has comentado que antes de consumir te

		y/o resaltarla. Incluye disparadores internos y externos, conducta de consumo y consecuencias negativas y positivas derivadas de ésta.	sientes ansioso, pero también emocionado porque sabes que la pasarás bien” T: “Me has dicho ya que tienes consecuencias en la salud, con tus papás e incluso legales” T: “Me mencionaste que ya que la pasas muy bien con tus amigos y que el consumo realmente te relaja”
4. Analizar (AN)	Disparadores internos (di)	Explica y analiza la relación funcional entre el consumo y los disparadores internos del consumo del usuario. Incluye emociones, pensamientos y sensaciones físicas.	T: “¿Te das cuenta como esos pensamientos que comentas te han llevado a consumir?” T: “Observa como tu cuerpo te da señales como la ansiedad, que te preparan para consumir” T: “Fíjate cómo cada vez que te sientes enojado, se te antoja fumar”
	Disparadores externos (de)	Explica y analiza la relación funcional entre el consumo y los disparadores externos del consumo del usuario. Incluye situaciones, lugares, personas, días y horas.	T: “Fíjate como esa situación ya se ha convertido en un algo que dispara tu consumo, incluso me dices que lo ves y ya se te antoja consumir” T: “Como siempre consumes los viernes, ahora ya tu cuerpo se acostumbró, por eso se te antoja el alcohol incluso desde el jueves” T: “Observa cómo has asociado la casa de tu amigo, con el consumo de marihuana, a tal grado que, con sólo pasar por ahí, ya quieres consumir”
	Conducta de consumo (cc)	Explica y analiza la conducta de consumo del usuario, a partir de su patrón de consumo. Incluye sustancia, cantidad, frecuencia, duración e historia de consumo.	T: “Nota como tu consumo ha cambiado, antes sólo tomabas una copa, y ahora tomas 5 o 6”. T: “Me has dicho que consumes de 7 a 11 de la noche, eso quiere decir que te estás fumando aproximadamente dos cigarros por hora”
	Consecuencias negativas del consumo (cn)	Explica y analiza la relación funcional entre el consumo y las consecuencias negativas derivadas de éste. Incluye consecuencias a corto y largo plazo en las áreas de salud, interpersonal, legal, laboral, escolar y económicas.	T: “Nota como desde hace dos años que presentas este consumo de cocaína, las consecuencias a la salud están siendo evidentes, como los constantes dolores de cabeza que me comentas” T: “El accidente que tuviste entonces, se relaciona con el consumo de alcohol de ese día” T: “Entonces, por lo que me comentas, el hecho de que hayas reprobado el semestre tiene que ver con te la pasas la mayor parte del tiempo con tus amigos fumando”
	Consecuencias positivas del	Explica y analiza la relación funcional entre el consumo y las consecuencias	T: “Claro, una de las consecuencias positivas del consumo de alcohol es la

	consumo (cp)	positivas derivadas de éste. Incluye consecuencias a corto y largo plazo en las áreas de salud, interpersonal, legal, laboral, escolar y económicas.	sensación de relajación” T: “Entiendo que todas las veces que te has animado a cantar, ha sido bajo los efectos de la marihuana”
5. Guiar (GU)	-	Realiza preguntas, comentarios u observaciones para que el usuario establezca un cambio en su patrón de consumo. Incluye guiar planes de acción e identificar obstáculos.	T: “¿Hay algo que puedas hacer para relajarte sin consumir?” T: “Si no vas a la fiesta, ¿qué podrías hacer para divertirte el sábado?”
6. Enseñar (EN)	Informar (in)	Proporcionar información al usuario sobre el consumo de sustancias (desarrollo del consumo, conceptos de tolerancia, síndrome de abstinencia, cuantificación -tragos estándar-efectos y consecuencias de las drogas) y las estrategias a utilizar para enfrentarlo (utilidad, en qué consiste o cómo se desarrollará una técnica o estrategia de intervención o bien la finalidad de ciertos instrumentos de evaluación).	T: “El alcohol a veces nos hace hacer cosas que en nuestros cinco sentidos no hubiéramos pensado, por ejemplo, no llegar a casa, tener problemas con otras personas, peleas.” T: “Una caguama equivale a tres tragos estándar, mientras que un caguamón equivale a 4 y un caballito de tequila equivale a uno.” T: “La ansiedad es una emoción que tiene la función de evitar el peligro, pero cuando la sentimos cada vez más seguido y en situaciones que no son peligrosas está se vuelve dañina.”
	Comando (cm)	Describe al usuario los pasos para realizar determinada conducta o emite una instrucción.	T: “Coloque una mano en su pecho y otra en su estómago, ahora respire tratando de inflar su estómago.” T: “Para lograr esto, es necesario que antes de hablar, busque un momento en el que su esposa esté tranquila y dispuesta a escuchar” T: “Primero tiene que pensar qué pasaría en su trabajo si vuelve a consumir”
	Modelar (mo)	Ejecución de conductas verbales y no verbales que realiza el terapeuta para mostrarle al usuario cómo aplicar determinada técnica, de manera que realiza la habilidad para que el cliente la aprenda observando su ejecución.	T: “Ahora yo seré tú y me negaré al consumo “No ahorita no puedo fumar, me está esperando mi papá afuera”.” T: Bien observe cómo respiro para que pueda realizarlo (el terapeuta respira).
	Retroalimentar ejecución (rt)	Señalamiento de aquellas conductas eficientes que el usuario realizó correctamente en un ensayo conductual o en algún ejemplo reportado y/o señalamiento de aquellas conductas poco eficientes que puede mejorar el usuario en ese caso.	T: “En lo que podemos mejorar es tratar de respirar más con esta parte, con tu diafragma. Estás inflando mucho el torso, trata de respirar inflando tu estómago.” T: “Muy bien, le dijiste a tu esposa cómo te sentías, de manera tranquila y por lo que me comentas ella reaccionó positivamente” T: “Tal vez no te funcionó porque cuando le dijiste a tu amigo que no ibas a ir a la fiesta, usaste un pretexto

			medio chafa, la siguiente vez, podrías explicarle directamente que ya no vas a beber”
--	--	--	---

B) Conductas observables en el usuario

Categoría	Descriptor	Definición operacional	Ejemplos
7. Conducta descriptiva (CD)	-	Conducta verbal donde el usuario menciona aspectos de su propio comportamiento en el área personal e interpersonal. Incluye respuestas cortas como sí o no ante la conducta del terapeuta. Información personal (por ejemplo, hábitos, intereses, actividades) e interpersonal (información familiar, sobre amigos, compañeros de trabajo o su relación con ellos).	U: “Me gustó mucho la película que vi el fin de semana” U: “Yo casi no soy de salir a fiestas, más bien me gusta estar en la casa” U: “Sí. Sí tuve mucho trabajo en la semana y se me hizo más pesado porque no me llevo muy bien con el jefe”
	Disparadores internos (di)	Conducta verbal donde el usuario menciona aspectos de su propio comportamiento sobre los disparadores internos de su consumo. Incluye emociones, pensamientos y sensaciones físicas.	U: “A veces me siento ansioso antes de consumir” U: “He notado que me sudan las manos y pienso que ya me hace falta un cigarro para relajarme”
	Disparadores externos (de)	Conducta verbal donde el usuario menciona aspectos de su propio comportamiento sobre los disparadores externos de su consumo. Incluye situaciones, lugares, personas, días y horas.	U: “Cuando no va Juan, no consumo, pero cuando voy con él, sí es de ley que beba” U: “Siempre vamos a mi casa, casi no fumamos en otra parte”
	Conducta de consumo (cc)	Conducta verbal donde el usuario menciona aspectos de su propio comportamiento de consumo. Incluye sustancia, cantidad, frecuencia, duración e historia de consumo.	U: “A veces me llego a tomar 6, pero casi siempre son 4 cervezas” U: “Fumo desde los 17, aunque últimamente sí fumo más”
	Consecuencias negativas del consumo (cn)	Conducta verbal donde el usuario menciona aspectos de su propio comportamiento sobre las consecuencias negativas de su consumo. Incluye consecuencias a corto y largo plazo en las áreas de salud, interpersonal, legal, laboral, escolar y económicas.	U: “Si he sentido ya que me canso bien rápido hasta cuando subo las escaleras” U: “Una vez si choqué por manejar borracho y me gasto mucho dinero”
	Consecuencias positivas del consumo (cp)	Conducta verbal donde el usuario menciona aspectos de su propio comportamiento sobre las consecuencias positivas de su consumo.	U: “La verdad es que me gusta tomar porque me desinhibe” U: “Cuando fumo marihuana sí me siento más creativo y además sólo así puedo dormir bien”
	Conducta alternativa (ca)	Conducta verbal donde el usuario menciona aspectos de su propio comportamiento sobre conducta alternativa al consumo que ya realizó. Incluye disparadores internos y externos, conducta alterna y	U: “Me sentí muy bien cuando le dije a Pepe que no quería consumir y hasta eso sí entendió” U: “Sí me fui al cine y llegué temprano a la casa, entonces mi mamá no me regañó”

		consecuencias negativas y positivas derivadas de ésta.	U: "Me costó mucho trabajo no ir a la fiesta, me sentí la verdad un poco desesperado de no poder acompañar a mis amigos"
8. Ejecución (EJ)	-	Conducta verbal y no verbal donde el usuario realiza alguna técnica aprendida o bien sigue las instrucciones del terapeuta dentro de la sesión.	T: <i>Ahora es tu turno de practicar la habilidad, yo soy Pepe: "ándale, vamos a la fiesta, va a haber chupe"</i> U: "No puedo, me está esperando mi papá afuera"
9. Planeación (PL)		Conducta verbal que describe los pasos que seguirá el usuario para realizar alguna actividad.	U: "Mañana sí me levanto temprano, como a las 6:00 am. y me voy al gimnasio." U: "Llegando a mi casa voy a actualizar mi currículum y mañana lo envié a mis contactos."
	Conducta alternativa al consumo (pca)	Verbalizaciones donde el usuario refiere los pasos que planea realizar para evitar consumir y/o realizar otra conducta alternativa.	U: "Iré a la fiesta, pero si mi amigo me ofrece, diré que estoy enfermo" U: "Mejor me voy a ir en el trole, así no paso por cerca del bar" U: "Me gusta mucho bailar, mañana pregunto en el deportivo cuánto cuestan las clases y los horarios"

C) Conductas observables en el profesional y en el usuario

Categoría	Descriptor	Definición operacional	Ejemplos
10. Pregunta simple (PS)	-	Realiza preguntas o comentarios para obtener información general o expresar dudas.	T: "¿Qué te trae por acá?" T: "¿Ya habías estado antes en un tratamiento?" T: "¿Qué piensas de lo que te sucedió?"
11. Otras respuestas (OR)	-	Aquellas conductas verbales y no verbales que no entran en ninguna categoría o no se pueden observar.	T: Se observa que el terapeuta escribe, sin ninguna verbalización. U: Se observa que el usuario lee algún documento o bien contesta un cuestionario.

Anexo 4. Consentimiento informado del participante

Profesional de la salud

Agradecemos su participación en el seguimiento y monitoreo de la implementación de intervenciones breves en adicciones. Este ejercicio tiene la función de monitorear la implementación de las competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) que promueven el logro de la meta del tratamiento en los usuarios de sustancias psicoactivas.

Su participación tiene dos objetivos principales: 1) Monitorear las habilidades del profesional de la salud en la atención del usuario y 2) Identificar, a través de su moldeamiento, aquellas estrategias y procedimientos que usted aplica con el usuario y que le han resultado efectivos.

Algunas condiciones que necesita saber sobre su participación:

- Su participación es completamente voluntaria y de gran utilidad para identificar las estrategias y procedimientos aplicados por usted en la práctica profesional.
- Sus aportaciones son de suma relevancia para los propósitos antes mencionados y como beneficio, obtendrá retroalimentación de la implementación que realice y se le entregará una constancia de participación.
- Su participación será audio/videograbada para posibilitar el registro posterior de la implementación.
- Puede hacer cualquier pregunta o comentario al aplicador que tenga con respecto al proyecto o a su participación.
- Toda la información recolectada durante la aplicación será **COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL**, los datos serán tratados con extremo cuidado, y responsabilidad ética y usados únicamente para fines estadísticos y de investigación. El material audio/videograbado no será difundido en ningún medio, bajo ninguna circunstancia y sólo tendrán acceso a él los profesionales adscritos al proyecto.

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

Participante _____ Lugar y fecha _____
Nombre y firma

Usuario

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) le invita a participar en el programa de Monitoreo supervisión de la implementación de Intervenciones Breves en Adicciones, el cual tiene como objetivo general implementar intervenciones breves para la atención en materia de consumo de sustancias.

Su participación es muy importante, debido a que gracias a ella, se permitirá la mejorara de la atención que se te brinda para asegurar con mayor probabilidad el logro de sus metas de reducción o abstinencia del consumo de sustancias.

Para lograr los propósitos de la investigación, será necesario:

- **Video-grabar las sesiones con el terapeuta o registrar las sesiones, a través de la participación de un coterapeuta que entrará en conjunto con tu terapeuta a observar las sesiones.**
- **Aplicar una prueba antidoping a través de una muestra de orina al inicio y al final de la intervención.**

Es importante enfatizar que la información que nos proporcione será totalmente confidencial y usada únicamente con fines de investigación. **Los videos o registros y sus datos serán tratados y resguardados con extremo cuidado y responsabilidad profesional y ética y no serán divulgados ni exhibidos bajo ninguna circunstancia por ningún medio.**

En consentimiento de lo aquí mencionado, sírvase a firmar este documento.

Nombre completo y firma

Anexo 5. Recategorización del sistema de observación.

Tabla 1.
Recategorización de conducta del profesional de la salud

Categoría anterior	Categoría nueva
INDI	
INDE	
INCC	IN INDAGA CCC
INCN	
INCP	
DV	DV DEVUELVE INFO
ANDI	
ANDE	
ANCC	AN ANÁLISIS FUNCIONAL
ANCN	
ANCP	
ET	ET ESTRUCTURA
GU	GU GUÍA
ENIN	IF INFORMA
ENCM	
ENMO	PE PROMUEVE ENSAYOS
ENRT	
PS	PS PREGUNTA SIMPLE

Tabla 2.
Recategorización de conducta de la persona atendida

Categoría anterior	Categoría Nueva
CD	CD CONDUCTA DESCRIPTIVA
CDDI	
CDDE	DDP DESCRIBE DISPARADORES
CDCC	DCC DESCRIBE CONSUMO
CDCN	
CDCP	DCN DESCRIBE CONSECUENCIAS
CDCA	DCA DESCRIBE CONDUCTA ALTERNATIVA
EJ	EJ EJECUCIÓN
PL	PL PLANEACIÓN CONDUCTA
PLCA	ALTERANTIVA
PS	PS PREGUNTA SIMPLE

Anexo 6. Asignación de etiquetas a los patrones de interacción de las diadas profesional-persona atendida

Tabla 1.

Asignación de etiquetas a patrones significativos de interacción.

	CD CONDUCTA DESCRIPTIVA	DDP DESCRIBE DISPARADORES	DCC DESCRIBE CONSUMO	DCN DESCRIBE CONSECUENCIAS	DCA DESCRIBE CONDUCTA ALTERNATIVA	EJ EJECUCIÓN	PL PLANEACIÓN CONDUCTA ALTERANTIVA	PS PREGUNTA SIMPLE
IN INDAGA CCC	Indagar simple (1)	Indagar disparadores (2)	Indagar consumo (3)	Indagar consecuencias (4)	Indagar conducta alternativa (5)	Indagar ejecución (6)	Indagar planeación CA (7)	Indagar pregunta (8)
DV DEVUELVE INFO	Devolver simple (9)	Devolver disparadores (10)	Devolver consumo (11)	Devolver consecuencias (12)	Devolver conducta alternativa (13)	Devolver ejecución (14)	Devolver planeación CA (15)	Devolver pregunta (16)
AN ANÁLISIS FUNCIONAL	Analizar simple (17)	Analizar disparadores (18)	Analizar consumo (19)	Analizar consecuencias (20)	Analizar conducta alternativa (21)	Analizar ejecución (22)	Analizar planeación CA (23)	Analizar pregunta (24)
ET ESTRUCTURA	Estructurar simple (25)	Estructurar disparadores (26)	Estructurar consumo (27)	Estructurar consecuencias (28)	Estructurar conducta alternativa (29)	Estructurar ejecución (30)	Estructurar planeación CA (31)	Estructurar pregunta (32)
GU GUÍA	Guiar simple (33)	Guiar disparadores (34)	Guiar consumo (35)	Guiar consecuencias (36)	Guiar conducta alternativa (37)	Guiar ejecución (38)	Guiar planeación CA (39)	Guiar pregunta (40)
IF INFORMA	Informar simple (41)	Informar disparadores (42)	Informar consumo (43)	Informar consecuencias (44)	Informar conducta alternativa (45)	Informar ejecución (46)	Informa planeación CA (47)	Informar pregunta (48)
PE PROMUEVE ENSAYOS	Ensayar simple (49)	Ensayar disparadores (50)	Ensayar consumo (51)	Ensayar consecuencias (52)	Ensayar conducta alternativa (53)	Ensayar ejecución (54)	Ensayar planeación CA (55)	Ensayar pregunta (56)
PS PREGUNTA SIMPLE	Preguntar simple (57)	Preguntar disparadores (58)	Preguntar consumo (59)	Preguntar consecuencias (60)	Preguntar conducta alternativa (61)	Preguntar ejecución (62)	Preguntar planeación CA (63)	NA

Anexo 7 Tablas de probabilidades y diagramas de transición sobre la interacción profesional de la salud-persona atendida

Tabla 1.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo Efectivo, Caso 1

Sesión	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
2	DCC (.15)	AN (.08)	2.9	0.22	0.4
	DCN (.25)	AN (.08)	2.6	0.18	0.55
	DCA (.18)	GU (.11)	5.5	0.4	0.63
	DCA (.18)	PE (.05)	5.3	0.23	0.83
	PL (.03)	DV (.36)	2.2	0.85	0.07
3	CD (.28)	GU (.14)	2.3	0.26	0.54
	DDP (.29)	IN (.10)	2.1	0.2	0.55
	DCN (.35)	AN (.18)	3.1	0.35	0.67
4	CD (.67)	IN (.21)	-2.8	0.12	0.37
	DDP (.11)	IN (.21)	6.6	0.77	0.4
	DDP (.11)	DV (.59)	-3.1	0.16	0.03
5	DDP (.06)	AN (.08)	6	0.47	0.37
	DDP (.06)	PS (.04)	4.5	0.26	0.38
	DCA (.19)	GU (.33)	-2	0.17	0.1
	DCA (.19)	PE (.09)	5.3	0.32	0.62
	PL (.14)	DV (.42)	-2.3	0.19	0.06
	PL (.14)	GU (.33)	2.5	0.56	0.23
6	CD (.22)	ET (.03)	4	0.12	0.9
	PL (.64)	PE (.14)	2.4	0.22	0.9

* $p < .05$

Tabla 2.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo Efectivo, Caso 2

Sesión	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
1	CD (.39)	IF (.07)	2.1	0.11	0.66
	CD (.39)	PE (.04)	2.1	0.08	0.73
	CD (.39)	PS (.41)	4	0.63	0.6
	DCC (.24)	IN (.35)	2.9	0.54	0.36
	DCC (.24)	PS (.41)	-3.2	0.18	0.11
	DCN (.3)	IN (.35)	4.4	0.6	0.52
2	CD (.13)	DV (.17)	5.2	0.48	0.37
	CD (.13)	ET (.1)	2.2	0.2	0.27
	CD (.13)	PS (.06)	2.9	0.16	0.36
	DDP (.48)	AN (.11)	3.3	0.2	0.83
	DDP (.48)	GU (.12)	-2.9	0.04	0.18
	DCC (.17)	IN (.27)	4	0.54	0.33
	DCA (.03)	GU (.12)	4.1	0.54	0.13
	PL (.1)	ET (.1)	2.6	0.23	0.24
PL (.1)	GU (.12)	8.2	0.57	0.5	
3	CD (.26)	PE (.24)	3.2	0.47	0.5
	CD (.26)	PS (.13)	3.9	0.33	0.65
	DDP (.16)	AN (.1)	6.2	0.46	0.71
	DCC (.1)	ET (.09)	4.5	0.42	0.42
	DCC (.1)	IF (.16)	3.3	0.47	0.28
	DCN (.3)	DV (.09)	2	0.16	0.55
	DCN (.3)	IF (.16)	4.3	0.39	0.71
	DCA (.03)	GU (.11)	4.6	0.71	0.21
	PL (.13)	GU (.11)	4.9	0.44	0.52
4	CD (.53)	PS (.14)	2.7	0.24	0.89
	DDP (.06)	AN (.06)	5.9	0.5	0.46
	DCC (.11)	DV (.31)	2	0.54	0.19
5	DDP (.01)	IN (.05)	8.7	0.9	0.31
	DCN (.08)	AN (.04)	6.5	0.31	0.63
	PL (.22)	GU (.12)	2.7	0.24	0.44
	PL (.22)	IF (.04)	2	0.09	0.5
6	CD (.32)	IF (.09)	2.8	0.19	0.66
	CD (.32)	PS (.09)	2.6	0.18	0.65
	DCN (.27)	IN (.09)	3.4	0.23	0.66
	DCA (.17)	GU (.16)	2.7	0.33	0.36
	DCA (.17)	PE (.12)	3.3	0.3	0.44

	PL (.06)	GU (.16)	4.9	0.66	0.27
	DCC (.02)	DV (.28)	2.1	0.71	0.5
	DCA (.14)	GU (.44)	-2.9	0.15	0.05
7	DCA (.14)	IF (.04)	5.8	0.22	0.76
	DCA (.14)	PS (.03)	3.7	0.13	0.6
	EJ (.14)	DV (.28)	-2.1	0.11	0.05
	EJ (.14)	GU (.44)	3.7	0.81	0.26

* $p < .05$

Tabla 3.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo Efectivo, Caso 3

Sesión	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad incondicionada persona atendida-profesional
1	CD (.48)	PS (.07)	2	0.12	0.76
	DDP (.15)	IN (.14)	9.7	0.66	0.71
	DCN (.03)	GU (.27)	4.3	0.9	0.11
	DCA (.23)	IF (.12)	2.2	0.21	0.4
	DCA (.23)	PE (.19)	2.4	0.32	0.38
	PL (.09)	GU (.27)	4.8	0.73	0.25
2	CD (.44)	PE (.23)	-2.5	0.15	0.28
	CD (.44)	PS (.07)	4.2	0.14	0.91
	DDP (.02)	IN (.04)	14.6	0.91	0.52
	DCN (.05)	DV (.2)	2.4	0.42	0.12
	DCA (.24)	GU (.39)	-4.5	0.14	0.08
	DCA (.24)	PE (.23)	5.6	0.48	0.5
	EJ (.05)	GU (.39)	3.2	0.78	0.11
	PL (.17)	DV (.2)	-2.7	0.07	0.06
PL (.17)	GU (.39)	5	0.74	0.32	
3	CD (.53)	PS (.26)	2.7	0.43	0.9
4	DCA (.06)	IN (.01)	8.7	0.15	0.9
	DCA (.06)	DV (.41)	-2.6	0.15	0.02
	EJ (.04)	PE (.04)	7.1	0.33	0.33
	PL (.11)	DV (.41)	-2.4	0.21	0.05
	PL (.11)	GU (.4)	4.1	0.73	0.19
5	CD (.73)	DV (.54)	2.4	0.63	0.85
	CD (.73)	GU (.03)	-3.6	0.21	0.51
	DCA (.07)	PE (.05)	5.1	0.22	0.32
	EJ (.04)	DV (.54)	-2	0.25	0.01
	EJ (.04)	GU (.03)	2.8	0.62	0.08
	PL (.14)	DV (.54)	-3.3	0.29	0.07
	PL (.14)	GU (.03)	6.3	0.67	0.31
6	CD (.48)	DV (.3)	2.2	0.37	0.6
	CD (.48)	ET (.03)	2.6	0.06	0.9
	CD (.48)	PE (.17)	-3.9	0.07	0.21
	CD (.48)	PS (.02)	2	0.04	0.85
	EJ (.13)	GU (.45)	-2.6	0.25	0.07
	EJ (.13)	PE (.17)	10.8	0.68	0.52

* $p < .05$

Tabla 4.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo Efectivo, Caso 4

Sesión	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
1	CD (.29)	DV (.41)	4.5	0.65	0.47
	CD (.29)	GU (.26)	-3.3	0.12	0.13
	DDP (.07)	IN (.07)	6	0.35	0.36
	DDP (.07)	DV (.41)	-2.1	0.15	0.03
	DDP (.07)	AN (.09)	2	0.18	0.16
	DDC (.04)	IN (.07)	9.2	0.6	0.38
	DDC (.04)	AN (.09)	2	0.21	0.11
	DCN (.36)	IF (.13)	2.7	0.2	0.57
	PL (.14)	GU (.26)	9	0.83	0.44
2	DDP (.17)	IN (.1)	4.6	0.38	0.66
3	CD (.45)	DV (.48)	3.6	0.68	0.64
	CD (.45)	GU (.28)	-2.7	0.17	0.27
	DDP (.1)	IN (.08)	6.2	0.4	0.45
	DDP (.1)	DV (.48)	-2.4	0.2	0.04
	DDP (.1)	AN (.06)	3.4	0.2	0.33
	DCN (.12)	IN (.08)	3.6	0.25	0.35
	DCN (.12)	AN (.06)	2.7	0.15	0.33
	DCA (.12)	DV (.48)	-2.2	0.25	0.06
	DCA (.12)	GU (.28)	5.1	0.69	0.3
	PL (.17)	GU (.28)	3.7	0.54	0.33
4	CD (.62)	DV (.52)	3	0.73	0.87
	CD (.62)	GU (.28)	-3.8	0.09	0.2
	DDP (.09)	IN (.08)	5.5	0.47	0.53
	PL (.2)	GU (.28)	6.8	0.88	0.64

* $p < .05$

Tabla 5.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo Efectivo, Caso 5

Sesión	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
1	CD (.44)	PS (.35)	3.6	0.67	0.85
	DDP (.05)	IN (.38)	2.2	0.9	0.13
	DCC (.25)	IN (.38)	4	0.88	0.59
2	CD (.18)	PS (.12)	6.1	0.64	0.9
	DCC (.2)	IN (.28)	2.5	0.57	0.44
	DCN (.2)	DV (.21)	2.5	0.47	0.4
	EJ (.15)	PE (.13)	5.2	0.64	0.75
3	CD (.07)	PS (.04)	8.4	0.54	0.9
	DCA (.26)	IN (.16)	2.8	0.35	0.56
	EJ (.12)	DV (.33)	2	0.61	0.22
	PL (.27)	GU (.3)	3.1	0.56	0.51
4	-	-	-	-	-

* $p < .05$

Tabla 6.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo Efectivo, Caso 6

Sesión	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
1	CD (.24)	ET (.06)	2.6	0.13	0.52
	CD (.24)	PS (.03)	4.7	0.13	0.91
	DDP (.09)	AN (.05)	3.2	0.19	0.31
	DCC (.05)	IN (.13)	9.9	0.94	0.41
	DCN (.22)	IN (.13)	2.8	0.24	0.41
	DCA (.13)	DV (.24)	2.3	0.41	0.23
	EJ (.06)	IF (.11)	2.3	0.27	0.16
	EJ (.06)	PE (.15)	4.1	0.5	0.21
	PL (.17)	GU (.2)	4.6	0.4	0.41
2	CD (.54)	PS (.09)	2.1	0.16	0.89
	DDP (.07)	IN (.11)	4.8	0.53	0.36
	DCC (.07)	IN (.11)	6.7	0.71	0.45
	PL (.22)	DV (.37)	-2.3	0.16	0.09
	PL (.22)	GU (.31)	4.7	0.72	0.5
3	CD (.44)	IN (.18)	-5	0.04	0.1
	CD (.44)	DV (.27)	2.4	0.36	0.58
	CD (.44)	PS (.06)	3.5	0.12	0.84
	DDP (.08)	IN (.18)	6.1	0.6	0.25
	DCC (.08)	IN (.18)	7.2	0.66	0.3
	DCC (.08)	AN (.03)	6.6	0.23	0.52
	DCN (.06)	IN (.18)	7.8	0.76	0.28
	DCA (.14)	IN (.18)	-2.1	0.08	0.06
	DCA (.14)	DV (.27)	2.3	0.41	0.22
	DCA (.14)	GU (.3)	-2	0.17	0.08
	DCA (.14)	PE (.06)	2.9	0.15	0.34
	PL (.16)	GU (.3)	6.6	0.67	0.35
4	CD (.54)	ET (.03)	2.1	0.06	0.9
	DCN (.09)	IN (.05)	8.5	0.41	0.66
	DCN (.09)	AN (.04)	2.6	0.14	0.29
	PL (.14)	GU (.38)	2.1	0.56	0.21

* $p < .05$

Tabla 7.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo Efectivo, Caso 7

Sesión	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
1	CD (.37)	ET (.02)	2.9	0.05	0.9
	DDP (.02)	PE (.12)	3	0.45	0.09
	DCC (.08)	IN (.03)	8.5	0.31	0.73
	DCA (.06)	GU (.16)	2.6	0.37	0.14
2	DDP (.07)	PE (.16)	2.7	0.4	0.17
	DCN (.06)	DV (.5)	2	0.83	0.1
	DCA (.11)	IF (.09)	2.2	0.22	0.25
	PL (.13)	DV (.5)	-3.2	0.13	0.03
	PL (.13)	GU (.07)	6.6	0.36	0.66
3	CD (.51)	AN (.12)	-2.1	0.05	0.22
	DCN (.21)	AN (.12)	6.3	0.46	0.77
	PL (.21)	GU (.25)	3.6	0.53	0.44
4	CD (.41)	AN (.27)	-3.7	0.12	0.18
	CD (.41)	IF (.08)	3.4	0.17	0.79
	DDP (.1)	DV (.43)	-2.7	0.15	0.03
	DDP (.1)	AN (.27)	2.7	0.5	0.19
	DCN (.29)	AN (.27)	4.5	0.49	0.53
	DCN (.29)	PE (.07)	4.9	0.28	0.41
5	CD (.18)	GU (.49)	-3.2	0.22	0.08
	CD (.18)	IF (.04)	5.7	0.2	0.73
	DCA (.23)	DV (.26)	3.5	0.44	0.4
	DCA (.23)	GU (.49)	-2	0.34	0.16
	EJ (.05)	PE (.17)	3.9	0.52	0.16
	PL (.52)	DV (.26)	-3.4	0.13	0.28
	PL (.52)	GU (.49)	3.9	0.69	0.73
6	CD (.35)	ET (.05)	3	0.14	0.9
	CD (.35)	IF (.1)	2.4	0.2	0.66
	DCA (.27)	DV (.26)	4.8	0.59	0.62
	PL (.35)	GU (.37)	3.5	0.63	0.59

* $p < .05$

Tabla 8.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo No Efectivo, Caso 1

Sesión	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
1	CD (.44)	PS (.19)	3.9	0.41	0.92
	DCN (.28)	IN (.46)	4.2	0.9	0.56
2	CD (.57)	IN (.28)	-3.9	0.08	0.17
	DDP (.2)	IN (.28)	3.4	0.56	0.41
	DDP (.2)	AN (.07)	3	0.19	0.57
	DCC (.1)	IN (.28)	4.6	0.81	0.3
	PL (.05)	GU (.16)	5.3	0.81	0.27
3	DCN (.1)	IF (.12)	2.4	0.33	0.27
	PL (.08)	GU (.22)	4.2	0.76	0.3
4	-	-	-	-	-
5	PL (.14)	GU (.26)	2.2	0.52	0.28
6	CD (.37)	DV (.25)	2.6	0.42	0.67
	DCC (.07)	IN (.39)	2.2	0.87	0.15
	DCN (.02)	IN (.39)	4	0.91	0.47
	PL (.08)	GU (.17)	5	0.88	0.4
7	DDP (.07)	DV (.12)	3.7	0.55	0.33
	PL (.28)	GU (.3)	2.8	0.55	0.52

* $p < .05$

Tabla 9.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida interacción: Grupo No Efectivo, Caso 2

Sesión	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
3	DDP (.5)	IN (.21)	2.5	0.39	0.94
	CD (.26)	GU (.19)	3.8	0.45	0.6
5	DCN (.24)	IN (.12)	3.4	0.31	0.61
	DCN (.24)	AN (.04)	2.5	0.12	0.71
	PL (.13)	GU (.19)	2.1	0.39	0.27

* $p < .05$

Tabla 10.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo No Efectivo, Caso 3

Sesión	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
1	CD (.53)	IF (.31)	2.1	0.42	0.73
	CD (.53)	PE (.09)	2.7	0.17	0.9
	CD (.53)	PS (.11)	2.7	0.21	0.95
	DCC (.27)	IN (.25)	2.9	0.45	0.49
	DCC (.27)	GU (.08)	3.6	0.22	0.75
	DCC (.27)	IF (.31)	-2.1	0.15	0.13
	DCN (.18)	IN (.25)	4.3	0.61	0.44
2	CD (.51)	IN (.25)	-4.4	0.05	0.1
	CD (.51)	DV (.04)	2.1	0.08	0.9
	CD (.51)	PS (.45)	4.6	0.74	0.84
	DCC (.21)	IN (.25)	2.5	0.43	0.36
	DCC (.21)	ET (.04)	2.2	0.1	0.5
	DCC (.21)	PE (.05)	5.9	0.25	0.9
	DCN (.23)	IN (.25)	3.4	0.49	0.44
	DCN (.23)	IF (.15)	2.1	0.26	0.41
	DCN (.23)	PS (.45)	-2.7	0.2	0.1
DCA (.03)	IN (.25)	2.1	0.62	0.08	
3	CD (.52)	PS (.14)	4.3	0.27	0.9
	DDP (.01)	IN (.11)	5.8	0.9	0.14
	DCC (.09)	IN (.11)	3.9	0.37	0.29
	DCC (.09)	ET (.1)	4.1	0.37	0.31
	DCN (.17)	IN (.11)	2.9	0.25	0.38
	DCA (.09)	IF (.27)	2	0.48	0.15
4	CD (.53)	IF (.24)	3.9	0.37	0.8
	CD (.53)	PS (.1)	3.1	0.16	0.87
	DDP (.25)	IN (.22)	9	0.63	0.71
	DDP (.25)	IF (.24)	-4.3	0.04	0.04
	DCC (.02)	IN (.22)	3.2	0.66	0.07
	DCN (.06)	IN (.22)	6	0.77	0.2
	DCA (.06)	DV (.16)	3.1	0.4	0.15
	DCA (.06)	ET (.05)	3.2	0.18	0.22
5	CD (.68)	IN (.06)	-2.4	0.02	0.27
	CD (.68)	GU (.14)	2.1	0.19	0.94
	DDP (.01)	IN (.06)	8.4	0.9	0.22
	DCN (.12)	DV (.47)	2.2	0.7	0.18
	DCA (.06)	ET (.04)	7	0.36	0.5

PL (.11)	GU (.14)	2.9	0.17	0.31
PL (.11)	IF (.18)	4	0.46	0.27

* $p < .05$

Tabla 11.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo Deserción, Caso 1

Sesión	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
1	CD (.89)	IN (.18)	-3	0.12	0.59
	DCC (.09)	IN (.18)	7.2	0.64	0.31
	DCC (.09)	PS (.69)	-3.8	0.22	0.02
	DCN (.01)	IN (.18)	5.4	0.9	0.08
3	DCN (.13)	PS (.32)	5.8	0.86	0.35

* $p < .05$

Tabla 12.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo Deserción, Caso 2

Sesión	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
1	DDP (.08)	IN (.18)	4.4	0.59	0.27
	DDP (.08)	PS (.53)	-2	0.22	0.03
	DCC (.07)	IN (.18)	3.4	0.52	0.2
	DCN (.22)	IN (.18)	3.1	0.36	0.46
	DCN (.22)	DV (.09)	2	0.17	0.41

* $p < .05$

Tabla 13.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo Deserción, Caso 3

Sesión	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
1	CD (.64)	IN (.26)	-4.2	0.09	0.23
	CD (.64)	PS (.54)	2.1	0.66	0.79
	DDP (.07)	IN (.26)	3.6	0.68	0.2
	DCC (.1)	IN (.26)	4.5	0.7	0.29
	DCN (.15)	IN (.26)	2.6	0.48	0.27
	DCN (.15)	DV (.05)	2.2	0.13	0.38
3	PL (.1)	DV (.16)	2.2	0.41	0.27
	PL (.1)	GU (.12)	2.9	0.41	0.35

* $p < .05$

Tabla 14.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo Deserción, Caso 4

Sesión	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
2	DCN (.16)	IN (.07)	2.8	0.23	0.55
3	DCN (.19)	IN (.15)	2.4	0.4	0.5

* $p < .05$

Tabla 15.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo Deserción, Caso 5

Sesión	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
1	CD (.26)	PS (.24)	8.3	0.84	0.95
	DCC (.21)	IN (.59)	2.3	0.88	0.32
	DCN (.43)	IN (.59)	2.2	0.79	0.57
2	CD (.4)	IN (.64)	-2.7	0.22	0.14
	CD (.4)	IF (.09)	2.3	0.22	0.9

* $p < .05$

Tabla 16.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo Deserción, Caso 6

Sesión	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
1	CD (.14)	PS (.14)	10.8	0.92	0.92
	DCC (.37)	IN (.74)	2.6	0.9	0.5
	DCN (.34)	IN (.74)	2.5	0.9	0.46
	PL (.12)	IF (.06)	8.8	0.52	0.9

* $p < .05$

Tabla 17.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo Deserción, Caso 7

Sesión	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
1	CD (.39)	IN (.49)	-3.2	0.32	0.25
	CD (.39)	DV (.41)	4.6	0.64	0.6
	DDP (.08)	IN (.49)	2.3	0.76	0.15
	DCC (.09)	IN (.49)	3.5	0.87	0.16
	DCN (.28)	IN (.49)	3.7	0.73	0.41
	DCN (.28)	DV (.41)	-2.5	0.28	0.18
	DCA (.15)	IN (.49)	-4.3	0.12	0.03
	DCA (.15)	GU (.07)	10.6	0.42	0.87
2	PL (.17)	DV (.45)	-2.5	0.22	0.08
	PL (.17)	GU (.06)	6.9	0.32	0.84
3	DDP (.14)	DV (.38)	4.3	0.78	0.29
	CD (.06)	PS (.32)	4.5	0.86	0.18

* $p < .05$

Tabla 18.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo Deserción, Caso 8

Sesión	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
1	CD (.36)	PS (.32)	7.5	0.78	0.89
	DCC (.23)	IN (.55)	3.1	0.87	0.36
	DCN (.35)	IN (.55)	4.1	0.89	0.57
	DCN (.35)	PS (.32)	-4.2	0.06	0.06
3	DDP (.07)	IN (.05)	10.6	0.75	0.9

* $p < .05$

Tabla 19.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo Deserción, Caso 9

Sesión	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
1	CD (.25)	ET (.05)	3.1	0.16	0.77
	DCC (.38)	IF (.03)	3.6	0.14	0.9
2	CD (.29)	ET (.07)	4.1	0.24	0.9
	DDP (.55)	IN (.16)	2.6	0.28	0.95
	DCA (.05)	GU (.19)	3.1	0.71	0.18
	PL (.05)	GU (.19)	4	0.85	0.22
3	CD (.24)	ET (.06)	2.4	0.16	0.56
	CD (.24)	PS (.16)	5.9	0.52	0.78
	DDP (.53)	IF (.09)	2.3	0.17	0.94

* $p < .05$

Tabla 20.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo Efectivo

Caso	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
1	CD (.41)	IN (.13)	-2.8	0.08	0.27
	CD (.41)	DV (.4)	4.6	0.53	0.54
	CD (.41)	AN (.08)	-3.5	0.03	0.18
	CD (.41)	PE (.06)	-4.4	0.01	0.09
	DDP (.12)	IN (.13)	7.4	0.35	0.34
	DDP (.12)	DV (.4)	-2.1	0.29	0.09
	DDP (.12)	AN (.08)	2.3	0.13	0.21
	DCC (.05)	IN (.13)	3	0.26	0.11
	DCC (.05)	AN (.08)	4.6	0.23	0.17
	DCN (.14)	IN (.13)	3.4	0.23	0.24
	DCN (.14)	AN (.08)	5.3	0.19	0.36
	DCN (.14)	GU (.25)	-4.7	0.07	0.04
	DCA (.09)	IN (.13)	-2.7	0.04	0.03
	DCA (.09)	PE (.06)	7.4	0.23	0.36
	PL (.15)	DV (.4)	-5.2	0.16	0.06
	PL (.15)	AN (.08)	-2.5	0.02	0.05
	PL (.15)	GU (.25)	9.7	0.61	0.37
	PL (.15)	PE (.06)	6.7	0.19	0.45
2	CD (.48)	IN (.14)	-7.9	0.04	0.15
	CD (.48)	AN (.05)	-3.5	0.02	0.23
	CD (.48)	ET (.08)	3.9	0.12	0.69
	CD (.48)	GU (.15)	-6.2	0.07	0.23
	CD (.48)	IF (.08)	2.7	0.11	0.62
	CD (.48)	PE (.1)	2	0.13	0.57
	CD (.48)	PS (.13)	9.5	0.25	0.88
	DDP (.1)	IN (.14)	6.9	0.32	0.24
	DDP (.1)	DV (.23)	-2.7	0.14	0.07
	DDP (.1)	AN (.05)	13.3	0.26	0.55
	DDP (.1)	GU (.15)	-3.9	0.04	0.03
	DDP (.1)	IF (.08)	-2.4	0.03	0.04
	DDP (.1)	PS (.13)	-4.2	0.03	0.03
	DCC (.07)	IN (.14)	11.7	0.52	0.25
	DCC (.07)	GU (.15)	-3.3	0.04	0.02
	DCC (.07)	PE (.1)	-2.3	0.04	0.03
	DCN (.11)	IN (.14)	10	0.4	0.31
	DCN (.11)	ET (.08)	-2.5	0.03	0.04

	DCN (.11)	GU (.15)	-4	0.04	0.03
	DCN (.11)	PS (.13)	-3.9	0.04	0.03
	DCA (.07)	IN (.14)	-2.6	0.05	0.04
	DCA (.07)	GU (.15)	2.7	0.24	0.11
	DCA (.07)	PE (.1)	2.8	0.18	0.11
	EJ (.02)	GU (.15)	10.9	0.81	0.11
	PL (.13)	ET (.08)	-2.4	0.03	0.06
	PL (.13)	GU (.15)	14.9	0.52	0.44
	PL (.13)	IF (.08)	-3	0.03	0.04
	CD (.6)	IN (.03)	-5.7	0.07	0.13
	CD (.6)	DV (.34)	5.4	0.41	0.73
	CD (.6)	GU (.37)	-2.6	0.33	0.53
	CD (.6)	PE (.12)	-6.4	0.07	0.33
	CD (.6)	PS (.06)	5.3	0.1	0.9
	DDP (.2)	IN (.03)	29	0.69	0.48
	DDP (.2)	DV (.34)	-3.6	0.07	0.05
	DDP (.2)	AN (.01)	5.4	0.08	0.17
	DCN (.1)	PE (.12)	2.4	0.26	0.03
3	DCA (.14)	IN (.03)	5.2	0.08	0.35
	DCA (.14)	DV (.34)	-2.6	0.26	0.11
	DCA (.14)	GU (.37)	-3.1	0.27	0.1
	DCA (.14)	IF (.03)	2	0.04	0.23
	DCA (.14)	PE (.12)	7.8	0.26	0.3
	DCA (.14)	PS (.06)	-3.3	0.02	0.05
	EJ (.05)	DV (.34)	-4.5	0.12	0.02
	EJ (.05)	PE (.12)	10.7	0.43	0.19
	PL (.15)	DV (.34)	-3.7	0.23	0.1
	PL (.15)	GU (.37)	9.6	0.65	0.27
	CD (.43)	IN (.08)	-5.1	0.02	0.09
	CD (.43)	DV (.43)	6.1	0.61	0.61
	CD (.43)	AN (.06)	-3	0.02	0.19
	CD (.43)	ET (.01)	2.1	0.02	0.76
	CD (.43)	GU (.3)	-3.9	0.2	0.29
	CD (.43)	PS (.02)	2.2	0.04	0.68
4	DDP (.1)	IN (.08)	11.3	0.39	0.46
	DDP (.1)	DV (.43)	-3.7	0.2	0.04
	DDP (.1)	AN (.06)	2.7	0.12	0.2
	DDP (.1)	IN (.08)	8	0.44	0.19
	DDC (.03)	AN (.06)	4	0.2	0.13
	DCN (.19)	AN (.06)	2.7	0.1	0.33
	DCN (.19)	GU (.3)	-2.9	0.15	0.58

	DCN (.19)	IF (.05)	7	0.16	0.58
	DCA (.07)	GU (.3)	3.6	0.52	0.12
	PL (.16)	DV (.43)	-5.1	0.18	0.06
	PL (.16)	GU (.3)	10.3	0.72	0.38
5	CD (.22)	IN (.2)	-3.5	0.04	0.05
	CD (.22)	DV (.27)	-2.9	0.13	0.1
	CD (.22)	PS (.11)	10.6	0.47	0.89
	DDP (.06)	IN (.2)	2	0.36	0.11
	DDP (.06)	AN (.03)	3.6	0.16	0.27
	DCC (.16)	IN (.2)	6.3	0.52	0.42
	DCC (.16)	GU (.23)	-3	0.06	0.04
	DCA (.23)	DV (.27)	2.4	0.4	0.3
	EJ (.06)	PE (.06)	7.5	0.4	0.41
	PL (.1)	GU (.23)	5.6	0.6	0.28
6	CD (.43)	IN (.13)	-7.2	0.02	0.08
	CD (.43)	DV (.27)	3.1	0.34	0.54
	CD (.43)	PS (.05)	5.7	0.1	0.87
	DDP (.06)	IN (.13)	8.3	0.44	22
	DDP (.06)	DV (.27)	-2.2	0.15	0.03
	DDP (.06)	AN (.04)	2.3	0.08	0.14
	DDP (.06)	GU (.3)	-2.2	0.17	0.3
	DCC (.06)	IN (.13)	14	0.68	0.32
	DCC (.06)	DV (.27)	-3	0.1	0.02
	DCC (.06)	AN (.04)	4.1	0.12	0.19
	DCN (.1)	IN (.13)	9	0.39	0.32
	DCN (.1)	DV (.27)	-3.2	0.13	0.05
	DCN (.1)	AN (.04)	4.1	0.11	0.28
	DCN (.1)	GU (.3)	-2.9	0.17	0.06
	DCN (.1)	PE (.1)	-2.1	0.04	0.04
	DCA (.13)	IN (.13)	-3.3	0.04	0.04
	DCA (.13)	DV (.27)	2.9	0.38	0.18
	DCA (.13)	PE (.1)	2.4	0.16	0.2
EJ (.02)	IF (.05)	3.1	0.18	0.07	
EJ (.02)	PE (.1)	7.5	0.53	0.11	
PL (.17)	GU (.3)	8.5	0.6	0.34	
7	CD (.53)	IN (.19)	-7.8	0.04	0.12
	CD (.53)	ET (.08)	2.5	0.11	0.74
	CD (.53)	PE (.08)	3.7	0.13	0.83
	CD (.53)	PS (.18)	3.4	0.24	0.72
	DDP (.09)	IN (.19)	6	0.46	0.22
	DDP (.09)	AN (.01)	5.2	0.08	0.5

DDP (.09)	GU (.21)	-2.7	0.08	0.03
DDC (.06)	IN (.19)	9.1	0.71	0.22
DCN (.1)	IN (.19)	9.9	0.63	0.33
DCN (.1)	GU (.21)	-2.3	0.1	0.05
PL (.11)	GU (.21)	9.3	0.61	0.34

* $p < .05$

Tabla 21.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo No Efectivo

Caso	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
1	CD (.53)	IN (.19)	-7.8	0.04	0.12
	CD (.53)	ET (.08)	2.5	0.11	0.74
	CD (.53)	PE (.08)	3.7	0.13	0.83
	CD (.53)	PS (.18)	3.3	0.24	0.75
	DDP (.09)	IN (.19)	5.9	0.46	0.22
	DDP (.09)	AN (.01)	5.2	0.08	0.5
	DDP (.09)	GU (.21)	-2.7	0.08	0.05
	DCC (.06)	IN (.19)	9.1	0.71	0.22
	DCN (.1)	IN (.19)	9.9	0.63	0.33
	DCN (.1)	GU (.21)	-2.3	0.1	0.05
	PL (.11)	GU (.21)	9.3	0.61	0.34
2	CD (.28)	GU (.18)	2.2	0.28	0.44
	CD (.28)	IF (.04)	4.4	0.14	0.92
	DDP (.34)	GU (.18)	-2.1	0.09	0.17
	DCN (.16)	IN (.16)	4.5	0.42	0.41
	DCN (.16)	AN (.02)	3.6	0.1	0.71
	PL (.1)	GU (.18)	3.2	0.43	0.23
3	CD (.56)	IN (.19)	-9.3	0.05	0.16
	CD (.56)	DV (.25)	2.3	0.29	0.65
	CD (.56)	GU (.08)	2.1	0.1	0.71
	CD (.56)	IF (.27)	3	0.32	0.68
	CD (.56)	PS (.03)	3.7	0.05	0.97
	DDP (.08)	IN (.19)	11.6	0.66	0.27
	DDP (.08)	DV (.25)	-3.1	0.11	0.03
	DDP (.08)	IF (.27)	-4.9	0.04	0.01
	DDP (.08)	PE (.09)	2.6	0.16	0.14
	DCC (.09)	IN (.19)	6.8	0.45	0.21
	DCC (.09)	ET (.07)	4	0.17	0.2
	DCC (.09)	IF (.27)	-2.8	0.14	0.05
	DCN (.14)	IN (.19)	7	0.4	0.29
	DCN (.14)	GU (.08)	-2	0.04	0.02
	DCA (.04)	DV (.25)	2.1	0.37	0.06
	DCA (.04)	GU (.08)	2.1	0.15	0.08
	PL (.07)	IN (.19)	-2.9	0.07	0.02
	PL (.07)	DV (.25)	2	0.34	0.1
PL (.07)	ET (.07)	2.6	0.13	0.14	

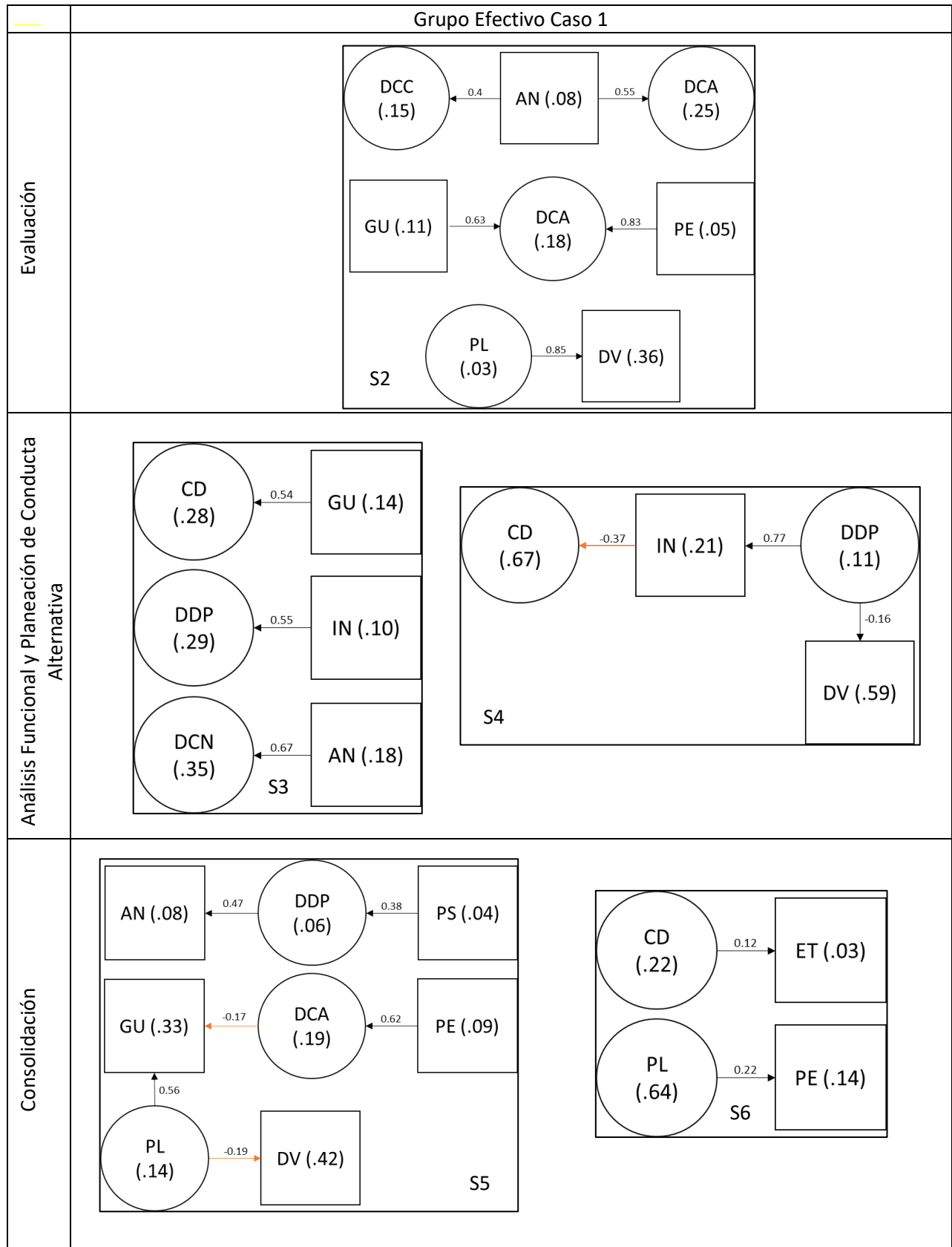
Tabla 22.

Probabilidades condicionadas e incondicionadas de la conducta del profesional de la salud y la persona atendida en interacción: Grupo Deserción

Caso	Conducta persona atendida (PI)	Conducta profesional (PI)	Residuos ajustados	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional	Probabilidad condicionada persona atendida-profesional
1	CD (.86)	IN (.08)	-2.8	0.05	0.59
	DCC (.04)	IN (.08)	11.8	0.55	0.31
	DCC (.04)	DV (.44)	-2.1	0.25	0.02
	DCC (.04)	PS (.44)	-3.2	0.15	0.01
	DCN (.04)	IN (.08)	2	0.16	0.08
	DCN (.04)	DV (.44)	-3.5	0.1	0.01
	DCN (.04)	PS (.44)	2.5	0.68	0.06
	DCA (.02)	DV (.44)	2.3	0.75	0.03
	PL (.01)	DV (.44)	3.8	0.9	0.04
2	DDP (.08)	IN (.18)	4.4	0.59	0.27
	DDP (.08)	PS (.53)	-2	0.22	0.03
	DCC (.07)	IN (.18)	3.4	0.52	0.2
	DCN (.22)	IN (.18)	3.1	0.36	0.43
	DCN (.22)	DV (.09)	2	0.17	0.41
3	CD (.68)	IN (.15)	-4.7	0.05	0.22
	DDP (.06)	IN (.15)	5.4	0.55	0.22
	DCC (.07)	IN (.15)	6.6	0.6	0.28
	DCN (.13)	IN (.15)	3.1	0.31	0.26
	PL (.03)	DV (.12)	2.7	0.35	0.1
	PL (.03)	GU (.12)	4.7	0.52	0.15
4	CD (.47)	IN (.21)	-3.6	0.06	0.14
	DCC (.09)	IN (.21)	4.4	0.62	0.27
	PL (.04)	GU (.17)	2.2	0.45	0.1
5	CD (.3)	IN (.6)	-5.2	0.12	0.06
	CD (.3)	IF (.03)	2.6	0.08	0.85
	CD (.3)	PS (.18)	7.7	0.58	0.95
	DDP (.15)	IN (.6)	2.4	0.91	0.23
	DCC (.18)	IN (.6)	2.6	0.9	0.28
	DCN (.3)	IN (.6)	2	0.79	0.4
6	CD (.14)	PS (.14)	10.8	0.92	0.92
	DCC (.37)	IN (.74)	2.6	0.9	0.5
	DCN (.34)	IN (.74)	2.5	0.9	0.46
	PL (.12)	IF (.06)	8.8	0.52	0.9
7	CD (.39)	IN (.18)	-4.2	0.09	0.2
	CD (.39)	IF (.06)	-2.1	0.03	0.23
	CD (.39)	PE (.02)	3.6	0.05	0.84

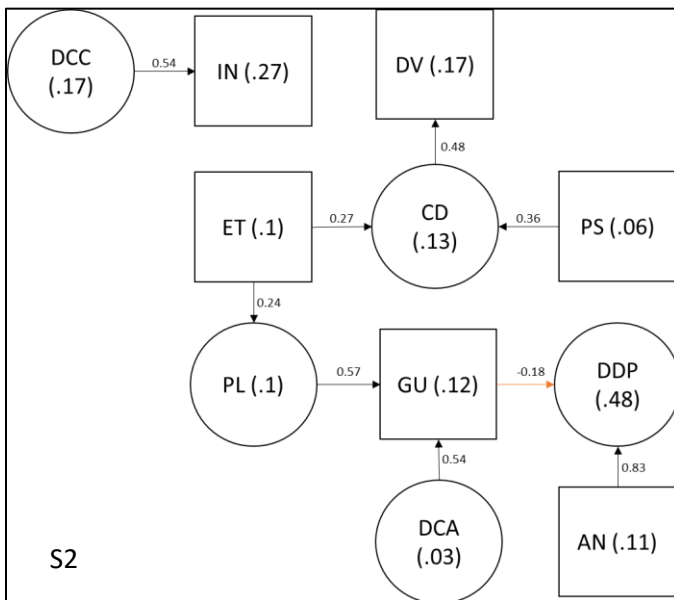
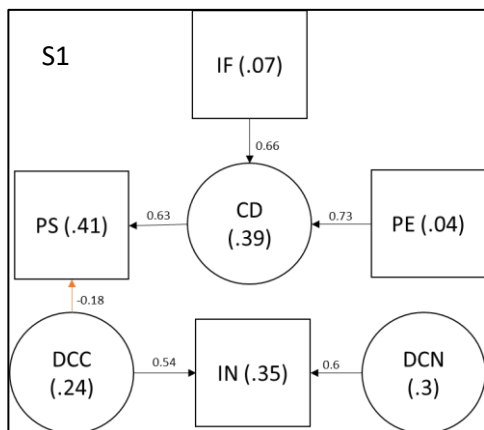
	CD (.39)	PS (.3)	3.5	0.4	0.51
	DDP (.08)	IN (.18)	2.9	0.31	0.15
	DDP (.08)	DV (.35)	2.7	0.51	0.13
	DDP (.08)	PS (.3)	-3.1	0.12	0.03
	DCC (.03)	IN (.18)	8.9	0.78	0.16
	DCN (.11)	IN (.18)	7.2	0.46	0.29
	DCN (.11)	DV (.35)	-2.3	0.22	0.07
	DCA (.3)	IN (.18)	-3.2	0.1	0.18
	DCA (.3)	GU (.05)	4.6	0.11	0.64
	DCA (.3)	IF (.06)	4.4	0.12	0.61
	PL (.04)	GU (.05)	7.8	0.32	0.27
	PL (.04)	IF (.06)	2.8	0.16	0.12
	CD (.5)	ET (.03)	2.4	0.06	0.81
	CD (.5)	PS (.18)	5.6	0.32	0.9
	DCC (.1)	IN (.26)	8.4	0.81	0.34
	DCN (.17)	IN (.26)	10.4	0.8	0.54
8	DCN (.17)	DV (.13)	-2.3	0.05	0.06
	DCN (.17)	PS (.18)	-3	0.05	0.05
	DCA (.05)	GU (.31)	4.3	0.75	0.12
	PL (.09)	GU (.31)	4.2	0.63	0.19
	PL (.09)	IF (.04)	3.5	0.15	0.3
	CD (.26)	IN (.32)	-2.8	0.18	0.14
	CD (.26)	DV (.21)	-2.1	0.12	0.15
	CD (.26)	ET (.06)	5.6	0.19	0.77
	CD (.26)	PS (.07)	5.5	0.2	0.74
	DDP (.37)	IN (.32)	-2.7	0.21	0.24
9	DDP (.37)	GU (.15)	2.2	0.22	0.53
	DDP (.37)	IF (.15)	4	0.26	0.66
	DCC (.15)	IN (.32)	6.5	0.75	0.36
	DCN (.13)	IN (.32)	3.9	0.6	0.24
	DCA (.02)	GU (.15)	3.7	0.58	0.09
	PL (.04)	GU (.15)	4.6	0.54	0.16

* $p < .05$

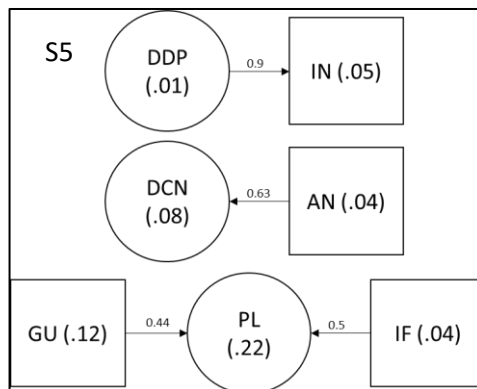
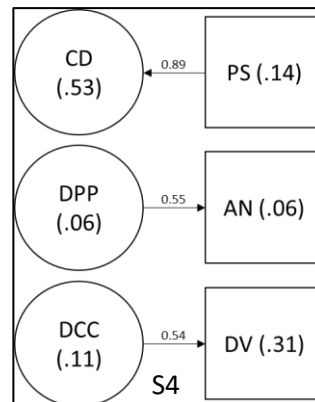
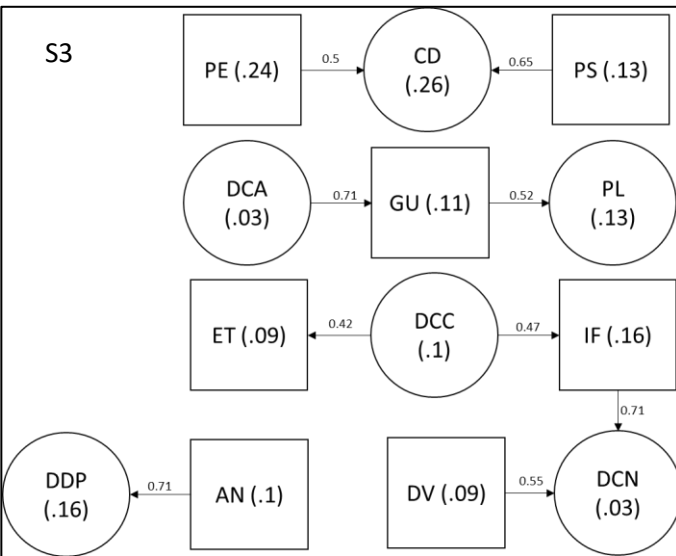


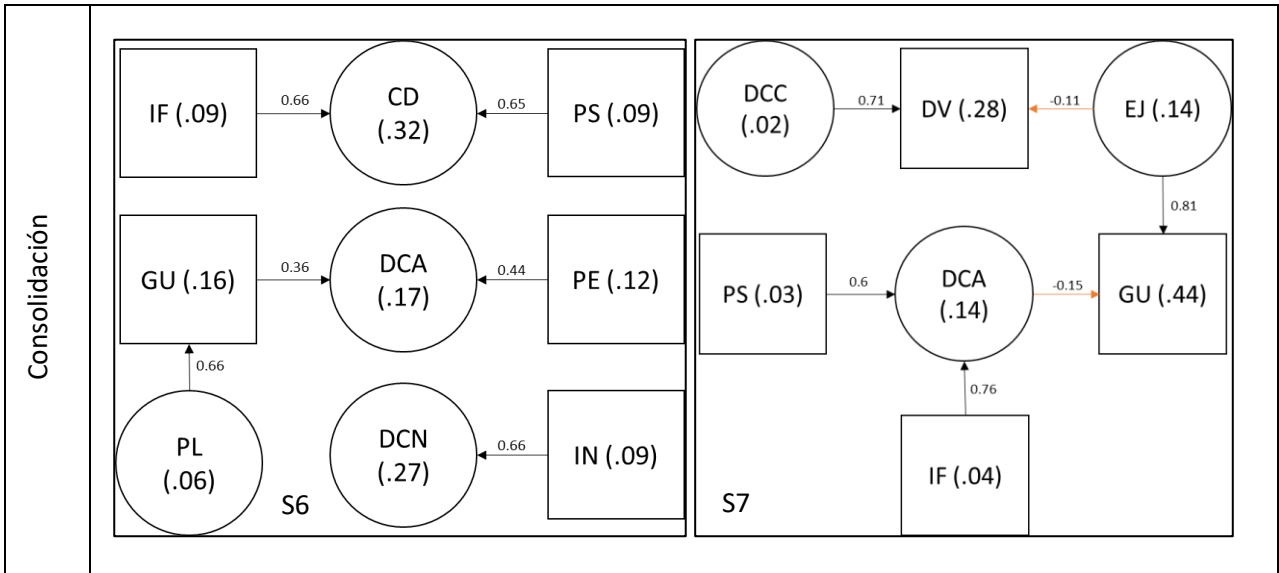
Grupo Efectivo Caso 2

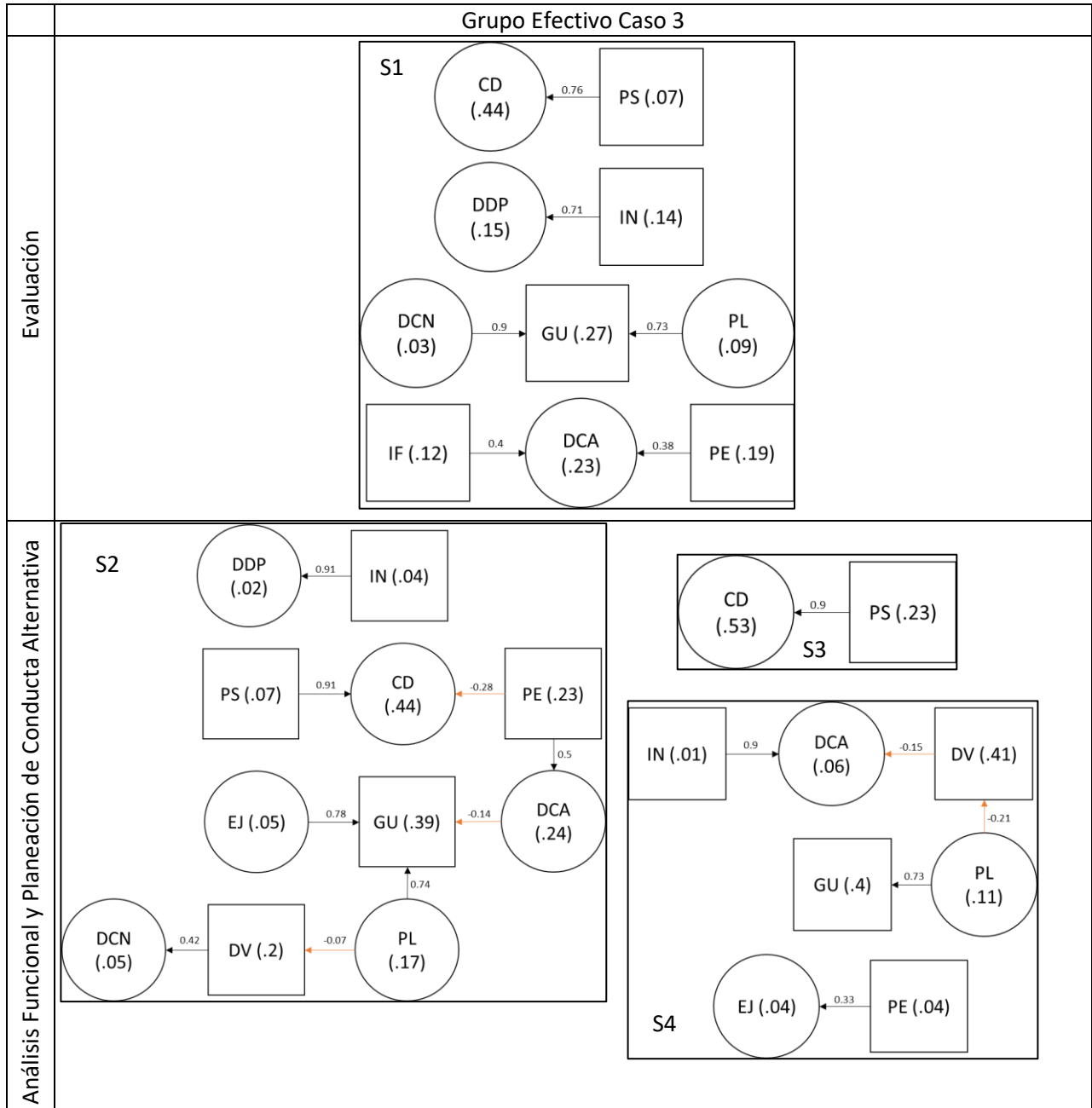
Evaluación



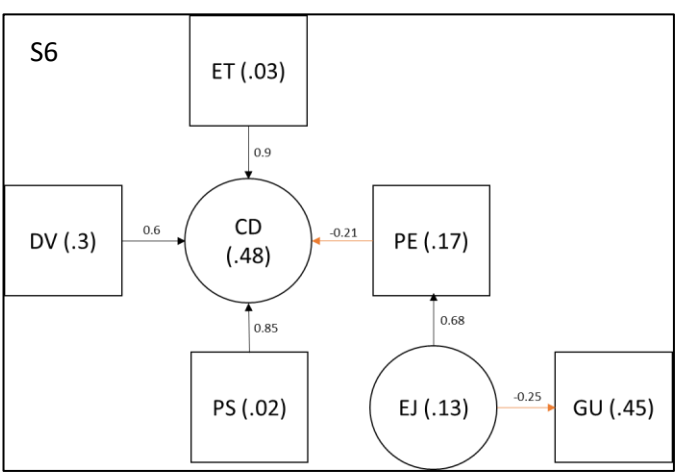
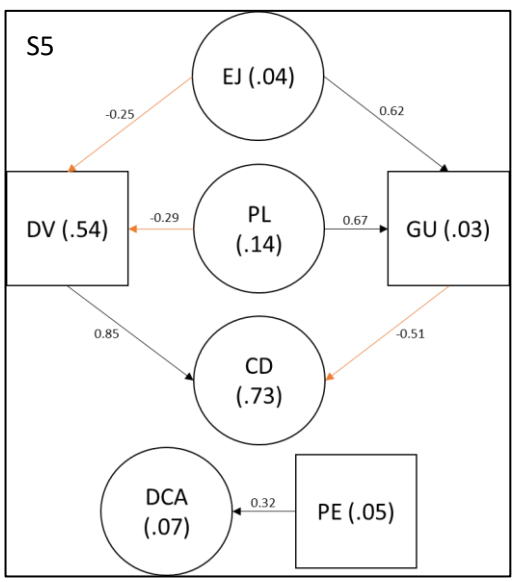
Análisis Funcional y Planeación de Conducta Alternativa

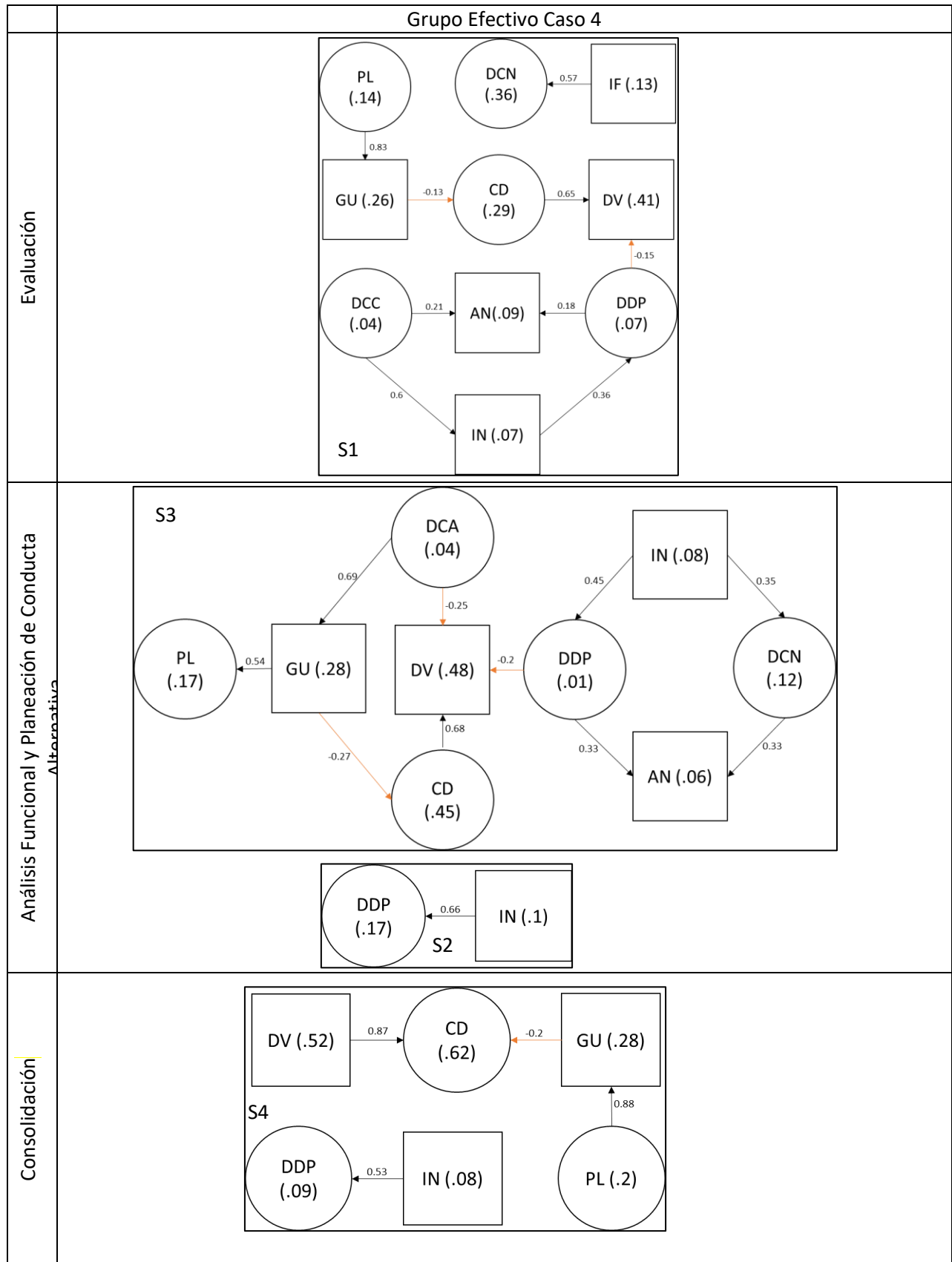


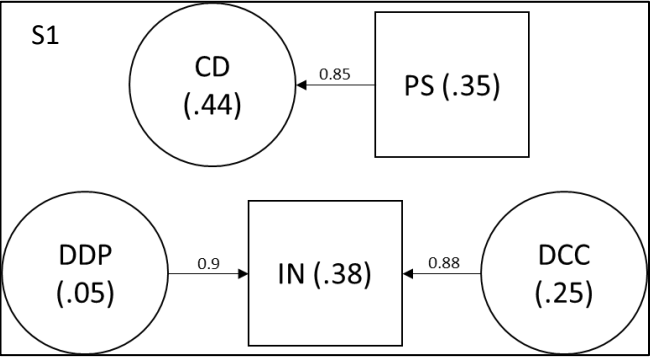
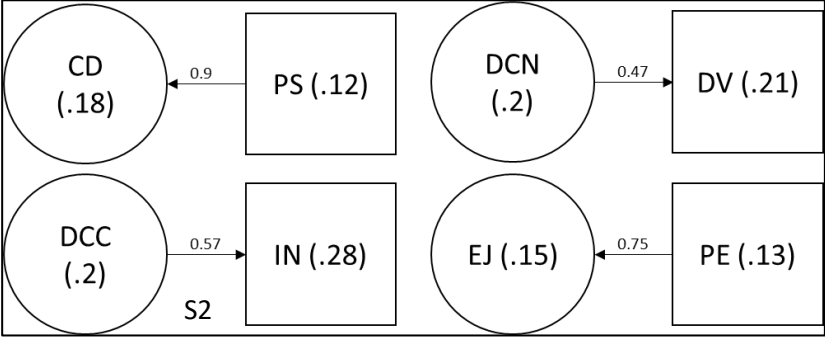
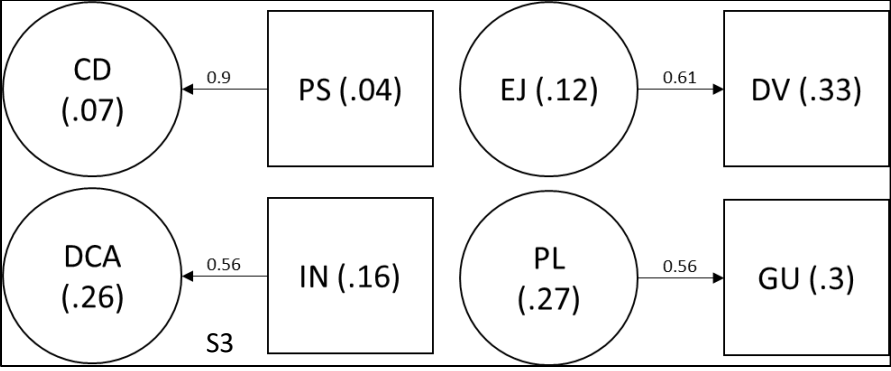


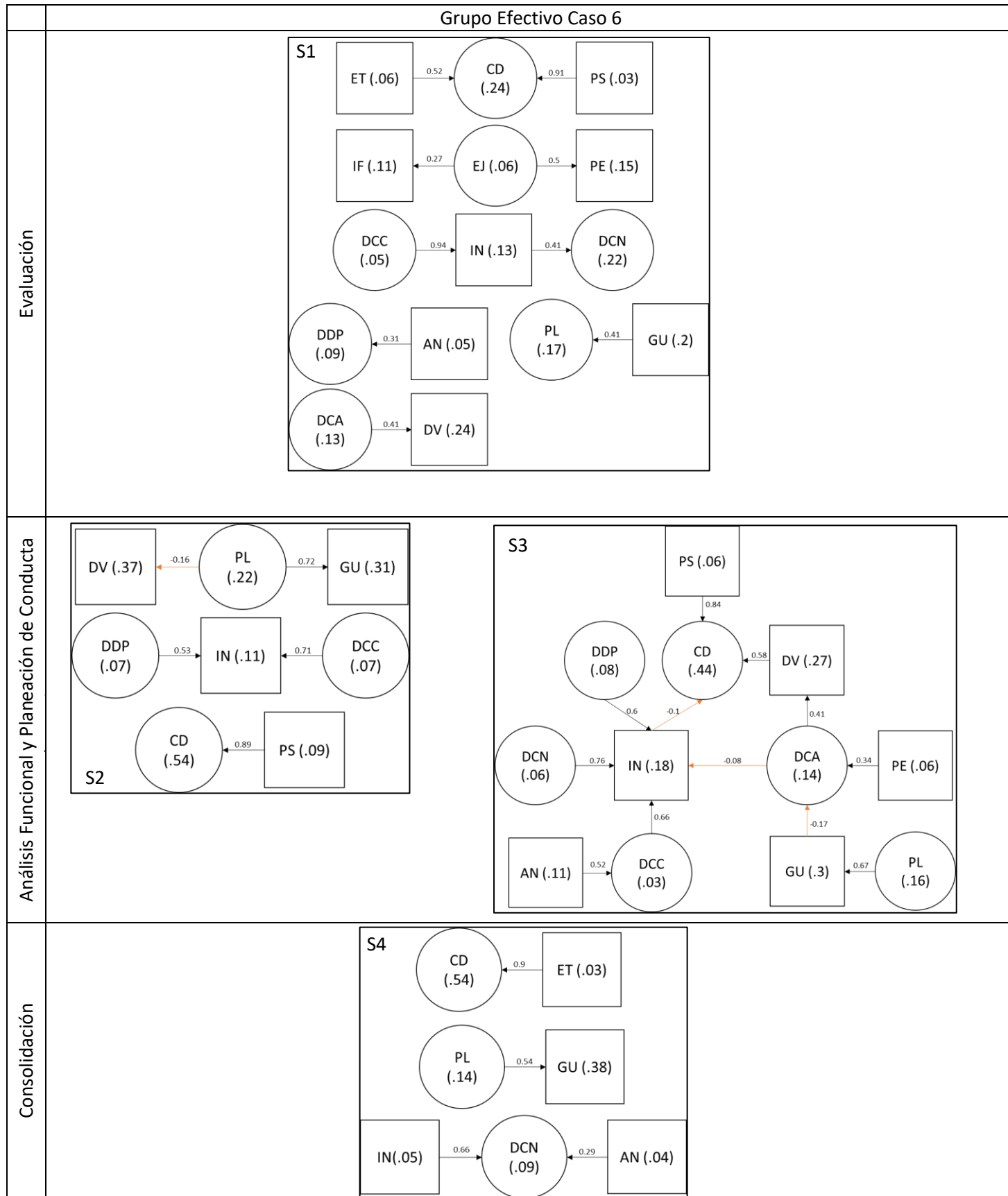


Consolidación



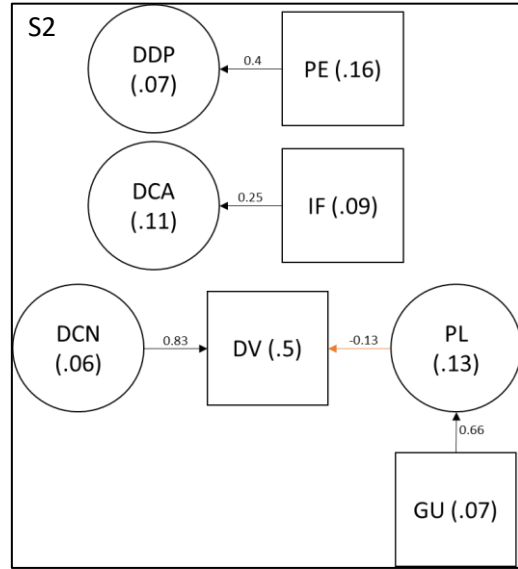
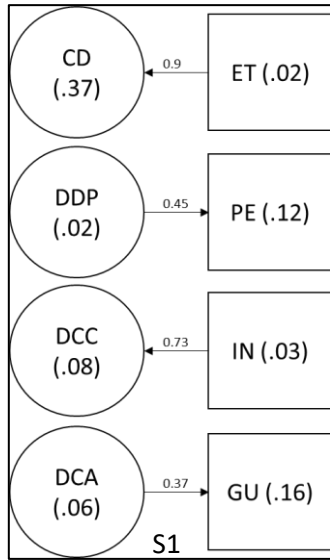


Grupo Efectivo Caso 5	
Evaluación	 <p>S1</p> <p>CD (.44) ← 0.85 PS (.35)</p> <p>DDP (.05) → 0.9 IN (.38) ← 0.88 DCC (.25)</p>
Análisis Funcional y Planeación de Conducta Alternativa	 <p>CD (.18) ← 0.9 PS (.12) DCN (.2) → 0.47 DV (.21)</p> <p>DCC (.2) → 0.57 IN (.28) EJ (.15) ← 0.75 PE (.13)</p> <p>S2</p>
Consolidación	 <p>CD (.07) ← 0.9 PS (.04) EJ (.12) → 0.61 DV (.33)</p> <p>DCA (.26) ← 0.56 IN (.16) PL (.27) → 0.56 GU (.3)</p> <p>S3</p>

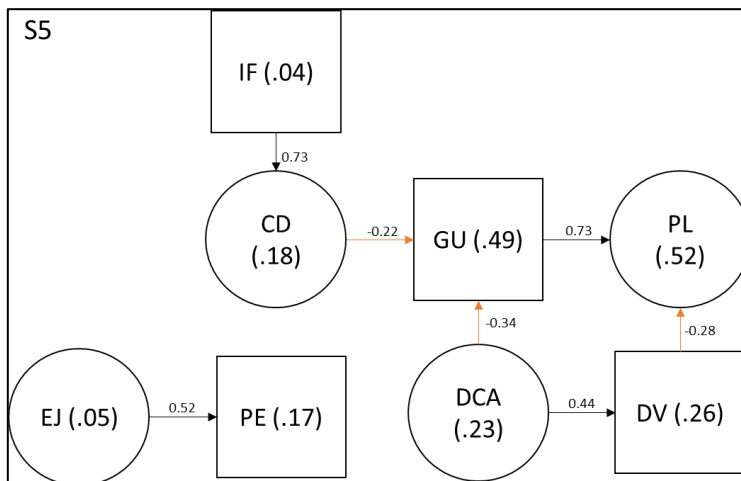
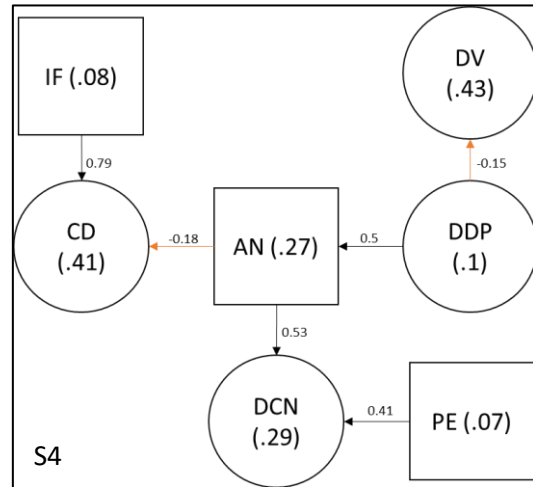
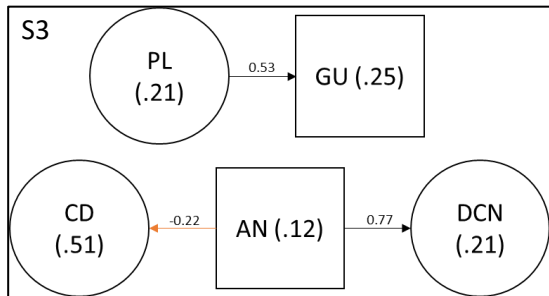


Grupo Efectivo Caso 7

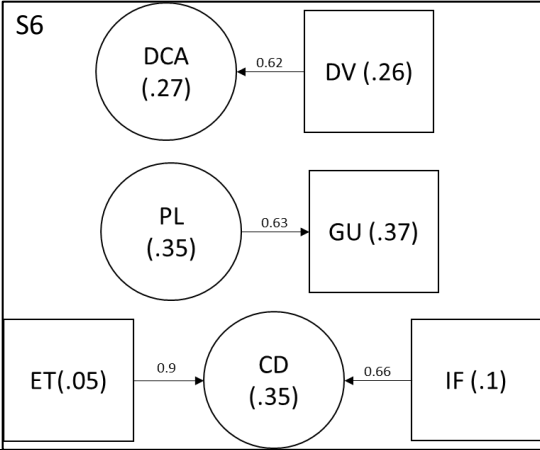
Evaluación

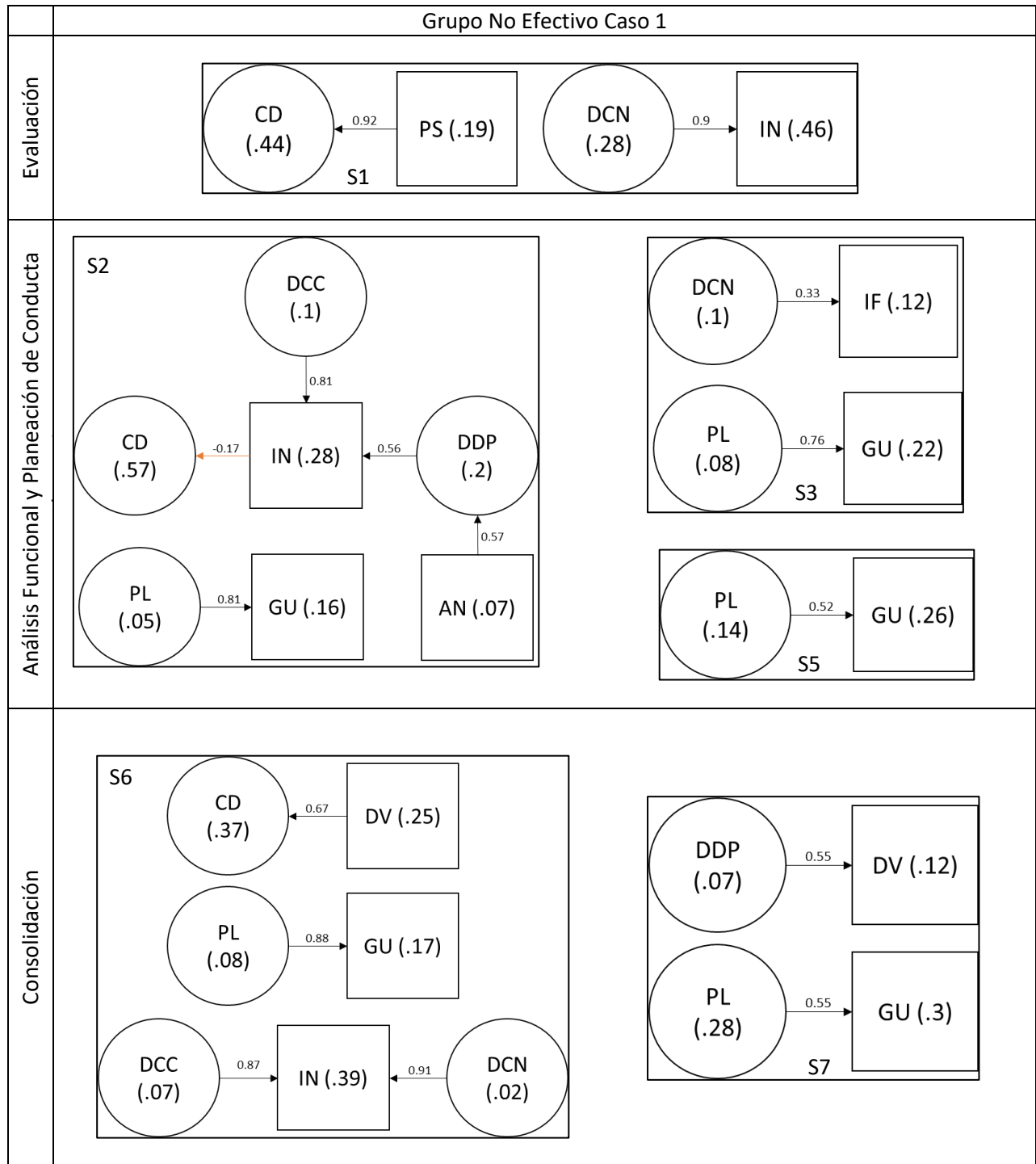


Análisis Funcional y Planeación de Conducta Alternativa

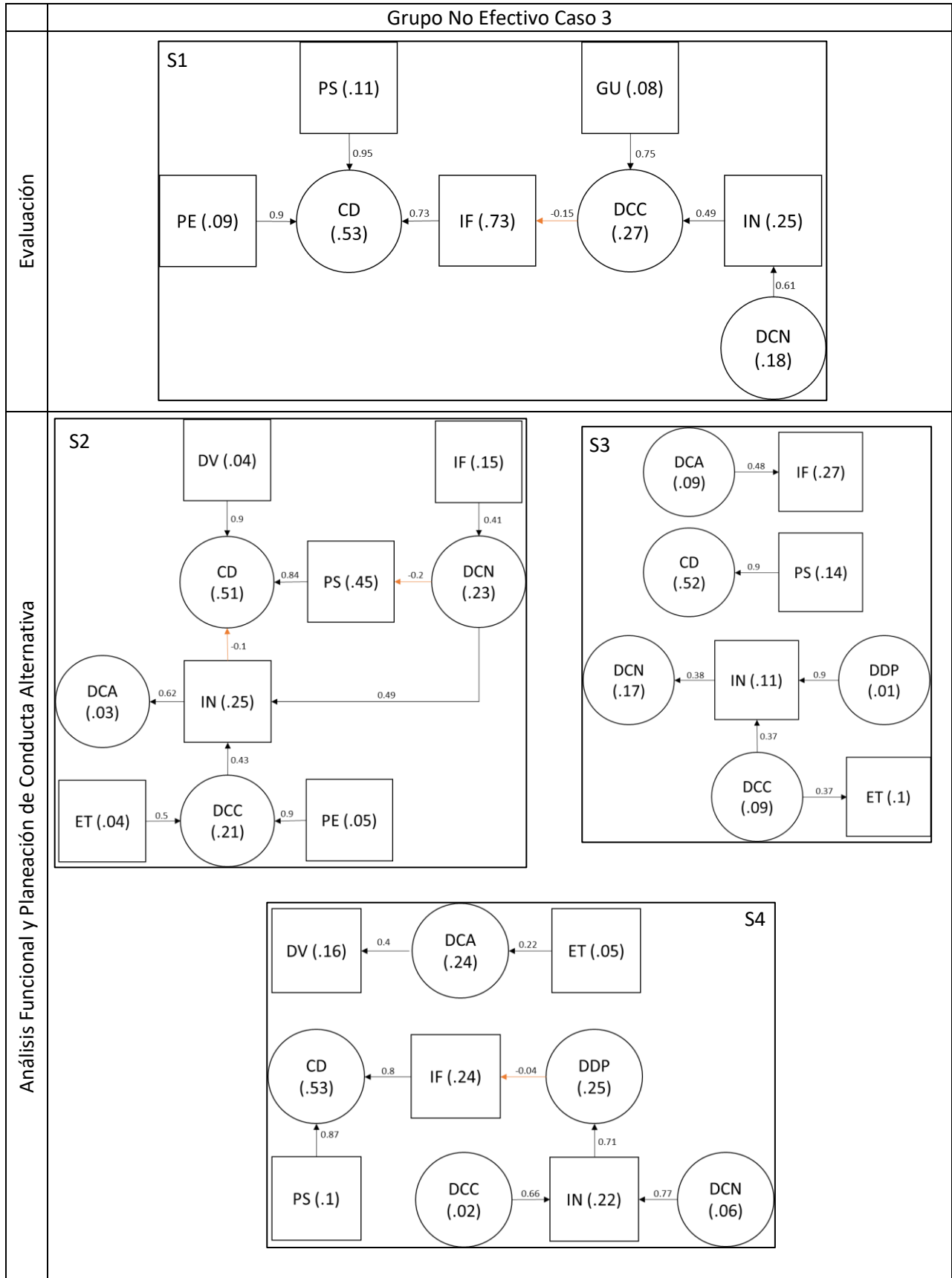


Consolidación

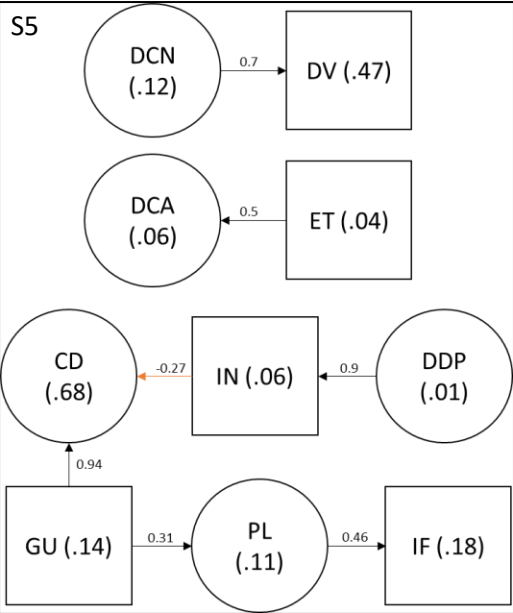


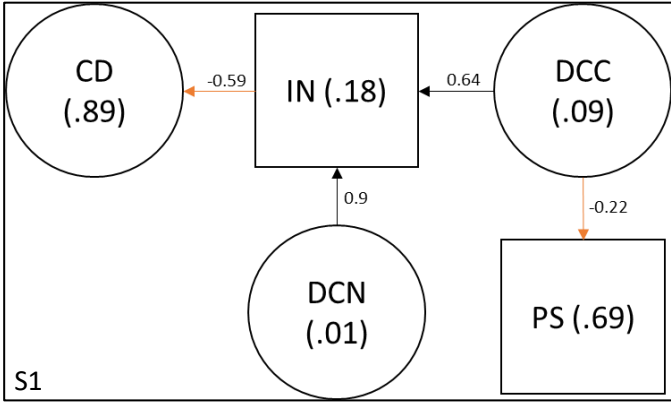
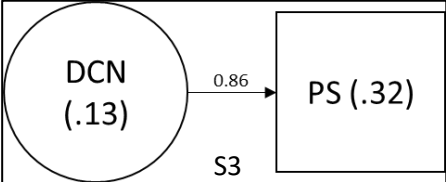


Grupo No Efectivo Caso 2	
Evaluación	-----
Análisis Funcional y Planeación de	<p>Path diagram showing a path from DDP (.5) to IN (.21) with a coefficient of 0.55 and label S3.</p>
Consolidación	<p>Path diagram showing paths from DCN (.24) to IN (.12) (0.16) and AN (.04) (0.72), and from CD (.26) to GU (.19) (0.53) and PL (.13) to GU (.19) (0.71). Label S5 is present.</p>

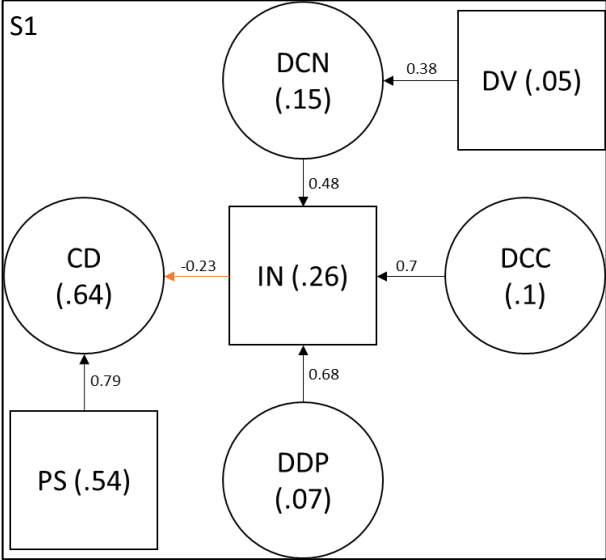
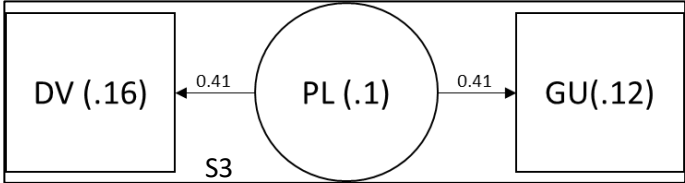


Consolidación



Grupo Deserción Caso 1	
Evaluación	 <p>S1</p>
Análisis Funcional y Planeación de Conducta Alternativa	 <p>S3</p>
Consolidación	<p>-----</p>

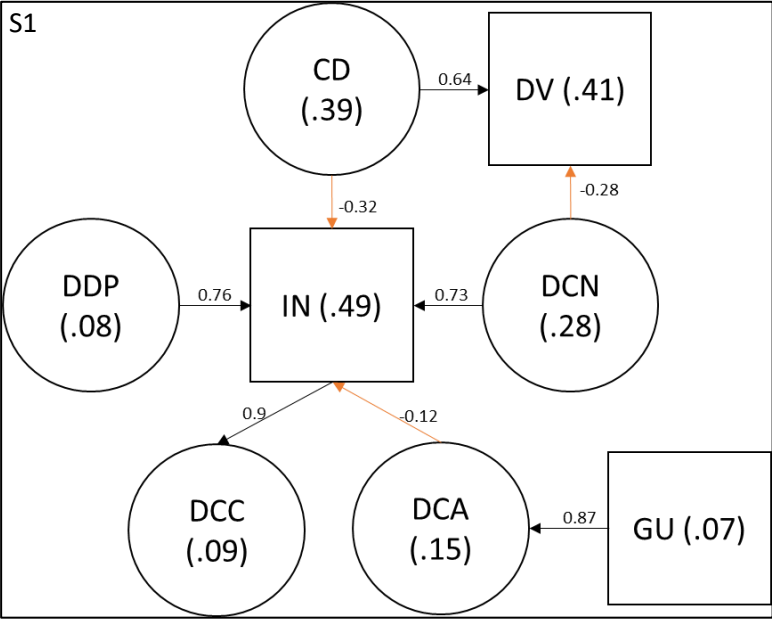
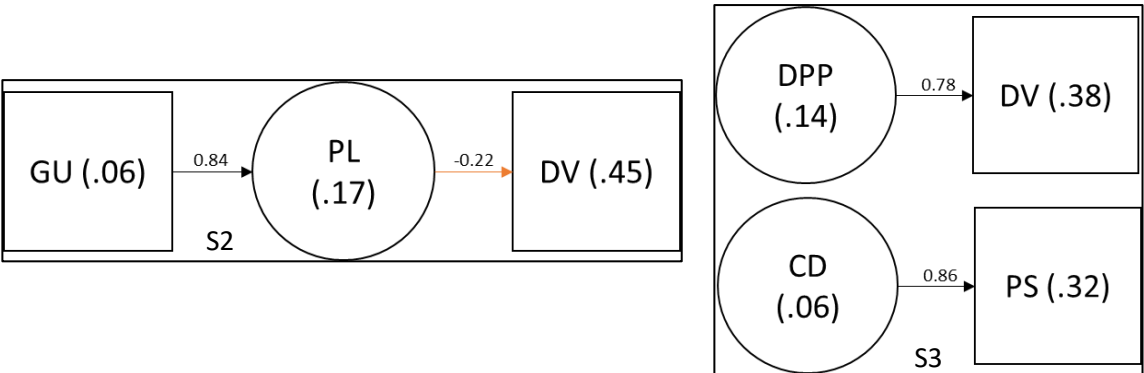
Grupo Deserción Caso 2	
Evaluación	<p>S1</p> <pre> graph TD DDP((DDP (.08))) -- 0.59 --> IN[IN (.18)] IN -- 0.46 --> DCN((DCN (.22))) IN -- 0.52 --> DCC((DCC (.07))) DV[DV (.09)] -- 0.41 --> DCN DDP -- -0.22 --> PS[PS (.53)] </pre>
Análisis Funcional y Planeación de	-----
Consolidación	-----

Grupo Deserción Caso 3	
Evaluación	 <p>S1</p> <p>Path diagram showing relationships between variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> PS (.54) → CD (.64) (0.79) CD (.64) → IN (.26) (-0.23) IN (.26) → DCN (.15) (0.48) DCC (.1) → IN (.26) (0.7) DDP (.07) → IN (.26) (0.68) DV (.05) → DCN (.15) (0.38)
Análisis Funcional y Planeación de	 <p>S3</p> <p>Path diagram showing relationships between variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> PL (.1) → DV (.16) (0.41) PL (.1) → GU (.12) (0.41)
Consolidación	<p>-----</p>

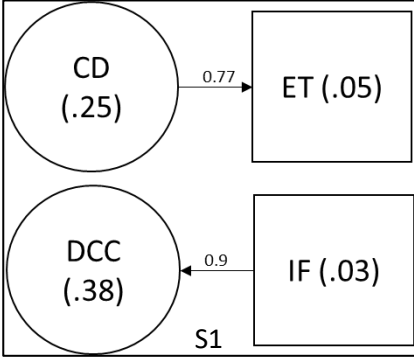
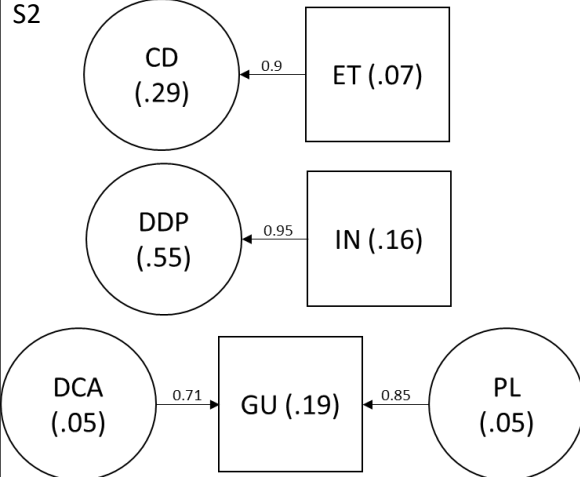
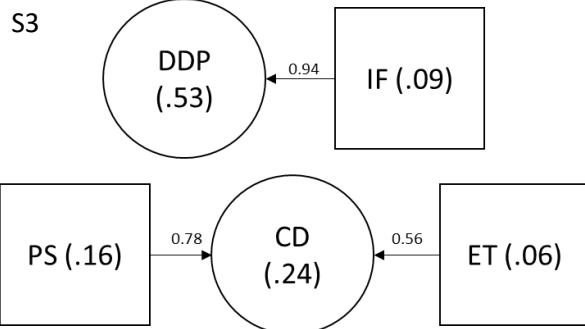
Grupo Deserción Caso 4	
Evaluación	
Análisis Funcional y Planeación de Conducta Alternativa	
Consolidación	<p style="text-align: center;">-----</p>

Grupo Deserción Caso 5	
Evaluación	<p>S1</p> <pre> graph LR PS[PS (.24)] -- 0.95 --> CD((CD (.26))) DCC((DCC (.21))) -- 0.88 --> IN[IN (.59)] DCN((DCN (.43))) -- 0.79 --> IN </pre>
Análisis Funcional y Planeación de Conducta Alternativa	<p>S2</p> <pre> graph LR IN[IN (.64)] -- -0.22 --> CD((CD (.4))) IF[IF (.09)] -- 0.9 --> CD </pre>
Consolidación	-----

Grupo Deserción Caso 6	
Evaluación	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> <p>S1</p> <pre> graph TD PS[PS (.14)] -- 0.92 --> CD((CD (.14))) IF[IF (.06)] -- 0.9 --> PL((PL (.12))) DCC((DCC (.37))) -- 0.9 --> IN[IN (.74)] DCN((DCN (.34))) -- 0.9 --> IN </pre> </div>
Análisis Funcional y Planeación de Conducta Alternativa	-----
Consolidación	-----

Grupo Deserción Caso 7	
Evaluación	
Análisis Funcional y Planeación de Conducta	<p data-bbox="228 1094 250 1226" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Alternativa</p> 
Consolidación	<p data-bbox="818 1646 873 1661" style="text-align: center;">-----</p>

Grupo Deserción Caso 8	
Evaluación	<p>Diagram S1: A path diagram showing relationships between variables. DCC (.23) is a latent variable (circle) with a path to IN (.55) (observed variable, square) with a coefficient of 0.87. DCN (.35) is a latent variable (circle) with a path to IN (.55) with a coefficient of 0.89. PS (.32) is a latent variable (square) with a path to CD (.36) (observed variable, circle) with a coefficient of 0.89. DCN (.35) also has a path to PS (.32) with a coefficient of -0.06.</p>
Análisis Funcional y Planeación de Conducta Alternativa	<p>Diagram S3: A path diagram showing a relationship between variables. IN (.05) is an observed variable (square) with a path to DDP (.07) (observed variable, circle) with a coefficient of 0.9.</p>
Consolidación	<p>-----</p>

Grupo Deserción Caso 9	
Evaluación	 <p>S1</p>
Análisis Funcional y Planeación de Conducta Alternativa	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="241 756 824 1239" style="width: 48%;"> <p>S2</p>  </div> <div data-bbox="841 772 1432 1108" style="width: 48%;"> <p>S3</p>  </div> </div>
Consolidación	<p>-----</p>