



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES**

CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TESIS

**BARRERAS DEL TERAPEUTA EN EL USO DE MANUALES: TRANSFERENCIA DEL
CONOCIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES**

PRESENTA

Miriam Iliana Véliz Salazar

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN INVESTIGACIONES
SOCIALES Y HUMANÍSTICAS**

TUTORA

Dra. Kalina Isela Martínez Martínez

COMITÉ TUTORAL

Dra. Ana Cecilia Macías Esparza

Dra. Aymé Yolanda Pacheco Trejo

Aguascalientes, Ags., 21 de mayo del 2014



DR. DANIEL EUDAVE MUÑOZ
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS
SOCIALES Y HUMANIDADES
P R E S E N T E

Por este medio, hacemos de su conocimiento que **Miriam Iliana Véliz Salazar**, egresada de la MAESTRÍA EN INVESTIGACIONES SOCIALES Y HUMANÍSTICAS, ha presentado el documento final de la tesis titulada "*Barreras del Terapeuta en el Uso de Manuales: Transferencia del Conocimiento para el Tratamiento de Adicciones*".

El documento de tesis antes mencionado, incorpora los elementos teóricos y metodológicos que permiten a la egresada defender el trabajo de investigación realizado en este posgrado, por ello se solicita proceder con los trámites correspondientes para la presentación del examen de grado establecido en los lineamientos reglamentarios institucionales.


ATENTAMENTE

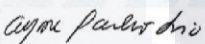
Se lumen proferre

Aguascalientes, Ags., a 8 de mayo del 2014


Dra. Kafina Isele Martínez Martínez

TUTOR (A)


Dra. Ana Cecilia Macías Esparza
MIEMBRO INTERNO
DEL COMITÉ TUTORAL


Dra. Aymé Yolanda Pacheco Trejo
MIEMBRO EXTERNO
DEL COMITÉ TUTORAL

c.c.p Archivo MISyH
c.c.p Interesado (a)

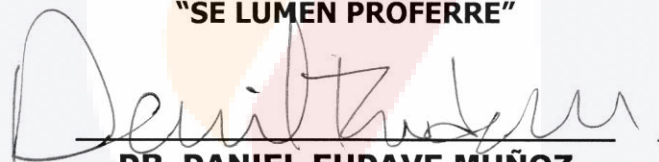
ASUNTO: CONCLUSIÓN DE TESIS
DEC. CCS y H. OF. N° 0355/2014

DRA. GUADALUPE RUIZ CUELLAR,
DIRECTOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADOS,
P R E S E N T E

Por medio del presente me permito comunicarle a usted que el documento final de la tesis titulado **“BARRERAS DEL TERAPEUTA EN EL USO DE MANUALES: TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES”** de la **C. MIRIAM ILIANA VÉLIZ SALAZAR** egresada de la **MAESTRÍA EN INVESTIGACIONES SOCIALES Y HUMANÍSTICAS**, respeta las normas y lineamientos establecidos institucionalmente para su elaboración y su autor cuenta con el voto aprobatorio de su tutor y comité tutorial.

Sin más por el momento aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo..

A T E N T A M E N T E
Aguascalientes, Ags., 13 de mayo de 2014
“SE LUMEN PROFERRE”



DR. DANIEL EUDAVE MUÑOZ
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

- c.c.p.- DR. LUCIANO RAMÍREZ HURTADO.- Secretario de Investigación y Posgrado del CCSyH
- c.c.p.- C. MIRIAM ILIANA VÉLIZ SALAZAR Egresada de la Maestría en Investigaciones Sociales y Humanísticas
- c.c.p.- Archivo de la Maestría en Investigaciones Sociales y Humanísticas
- c.c.p.- Archivo Decanato

ggl ✍

Agradecimientos

El presente trabajo se ha logrado gracias a la colaboración de muchas personas que me han compartido su experiencia y conocimiento, así como brindado su ayuda y apoyo a lo largo de este proceso. Quiero agradecerles a mis tutores, maestros, familiares y amigos, todo lo que han hecho por mí, para que este trabajo sea culminado con éxito.

Estoy especialmente agradecida con mi tutora la Dra. Kalina Isela Martínez Martínez por su apoyo incondicional, por ser una guía no solo en el ámbito académico sino personal, por compartirme su vasto conocimiento y experiencia para formarme como una investigadora y profesional eficiente, además agradezco sus consejos para hacerme una mejor persona. Gracias por tu invaluable amistad, por hacerme grata y apasionante mi formación en la investigación, y transmitirme los valores y herramientas para seguir este camino con éxito.

Mi más sincero agradecimiento a las dos excepcionales mujeres que conformaron mi comité tutorial. A la Dra. Ana Cecilia Macías Esparza por el compromiso y dedicación para mejorar la calidad de mi trabajo, sus aportaciones y gran calidad científica y humana. A la Dra. Aymé Yolanda Pacheco Trejo, por compartir su experiencia en el trabajo con terapeutas, resolver mis dudas y ofrecerme su apoyo en todo momento con ese gran corazón y calidez humana que la distingue. Les reitero mi admiración, y gracias por aportar sus conocimientos no solo en mi proceso de aprendizaje, sino por ser ejemplo y parte de mi crecimiento personal.

A la Dra. Silvia Morales Chainé, del CEPREA, por permitirme acceder a la Especialidad en línea para aplicar el instrumento de evaluación, así como por su apoyo y experiencia en la transferencia de conocimiento. A todos los terapeutas que colaboraron respondiendo y compartiendo su opinión a través del cuestionario.

A mi esposo e hijo, que me apoyaron y acompañaron para culminar mi maestría y que con su amor incondicional, entendieron mis ausencias y malos momentos, los amo mucho y gracias por estar a mi lado. A mi familia, padres y hermanos, por brindarme su cariño, ayuda y comprensión. A Ana Karen, por ser la mejor hermana, mi apoyo emocional, mi asistente de investigación y una segunda mamá para Javi, los quiero mucho a todos.

A la Lic. Cynthia Annett Montañez Macías †, mi amiga que me apoyo en la traducción y adaptación cultural del instrumento, tu sonrisa siempre está presente en mi vida y al Lic. Armando Véliz Salazar, gracias hermano por colaborar en la traducción y ayudarme cuando te solicite apoyo para culminar mi trabajo.

Parte importante para disfrutar y enriquecer mi trabajo, fueron mis compañeros del equipo de investigación: Marcela, Jessica, Margarita, Ángel, Raúl, Ana Lucía, Mayra, Diana, Puga, Alejandra, Julio y especialmente a Dulce por apoyarme en la revisión y búsqueda de referencias, somos un gran equipo. Muchas gracias a todos por su amistad, me encanta hacer investigación con ustedes.

A todos mis compañeros de maestría, a mis amigas Carolina, Anaïd, Sanjuana por sus consejos, apoyo, discusiones y críticas a lo largo del proceso de formación, fue muy agradable conocerlos en esta etapa de mi vida, espero que nuestra amistad perdure a lo largo del tiempo.

Este proyecto fue financiado por el CONACYT. ¡Gracias a todos!

Dedicatorias

A mi esposo, Pedro has sido el impulso durante toda mi maestría y el pilar principal para lograr culminar esta meta, tu apoyo constante, confianza y amor, ha hecho que nos superemos juntos, eres mi amigo, compañero inseparable, fuente de admiración, sabiduría y consejo en todo momento. Te amo con toda mi alma, sigamos compartiendo juntos nuestra vida.

A mi hermoso hijo Javier, quien ha sido el inspirador de nuevos proyectos y retos en mi vida. Lo más difícil de este camino fue sacrificar el tiempo que podía compartir a tu lado, pero fuiste muy comprensivo y me apoyaste siendo responsable y cariñoso conmigo. Estoy muy orgullosa de ti, eres lo mejor que tengo en mi vida, te amo mucho Javi, nunca lo olvides.

A mis padres Armando y Coco, que con su amor y enseñanza han sembrado las virtudes que se necesitan para vivir con pasión y perseverancia; son mi orgullo y ejemplo de vida, gracias por apoyarme en todo momento, les dedico especialmente este esfuerzo, porque conozco de los sacrificios que hacen por mis hermanos y por mí, para vernos felices, les comparto este triunfo porque ustedes son parte importante de esto.

A mis hermanos, Armando, Alberto, Ana Karen y Daniel, ustedes hacen que la vida sea más amena y divertida, gracias por estar conmigo en todo momento, soy muy afortunada de tenerlos. Karen y Daniel, mis hermanos menores, gracias por motivarme y hacerme sonreír, los amo y saben que cuentan conmigo incondicionalmente.

A mis suegros Pedro y Lucy, gracias por el apoyo y cariño que siempre han mostrado por mi familia. A mis cuñados Lucero, Alejandro, Ricardo, Claudia, Mario y Ángeles, los quiero, cada uno de ustedes forma parte especial en mi vida.

Y especialmente dedico mi trabajo a Dios, quien me ha bendecido con personas maravillosas que llenan a cada paso mi vida de constante felicidad y gratificación.

“Todo el mundo trata de realizar algo grande, sin darse cuenta de que la vida se compone de cosas pequeñas”.
Frank A. Clark.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL 1

ÍNDICE DE TABLAS..... 3

ÍNDICE DE FIGURAS 4

RESUMEN 5

ABSTRACT 6

INTRODUCCIÓN..... 7

1. TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN BREVE PARA EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES..... 12

 1.1 Transferencia de conocimiento 12

 1.1.1 Innovaciones e investigaciones en el tratamiento de Adicciones: diseminación del conocimiento en los escenarios clínicos 19

 1.2 Programas de Intervención Breve con evidencia científica para el tratamiento de adicciones en México..... 22

 1.2.1 La transferencia del conocimiento de los programas de intervención breve a los profesionales de la salud 24

2. EL MANUAL DE INTERVENCIÓN COMO MEDIO DE TRANSFERENCIA DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN BREVE 28

 2.1 La transición de los manuales de la investigación a su implementación en la práctica clínica. 28

 2.2 Estructura y contenido de los manuales de intervención 35

3. BARRERAS EN EL USO DE MANUALES DE INTERVENCIÓN BREVE PARA EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES..... 42

 3.1 Las barreras del terapeuta para la adopción de Programas de Intervención Breve con evidencia científica 42

 3.2 Las barreras en el uso del manual de intervención en los terapeutas clínicos..... 47

4. OBJETIVO GENERAL..... 54

 4.1. Objetivos específicos 54

5. MÉTODO 55

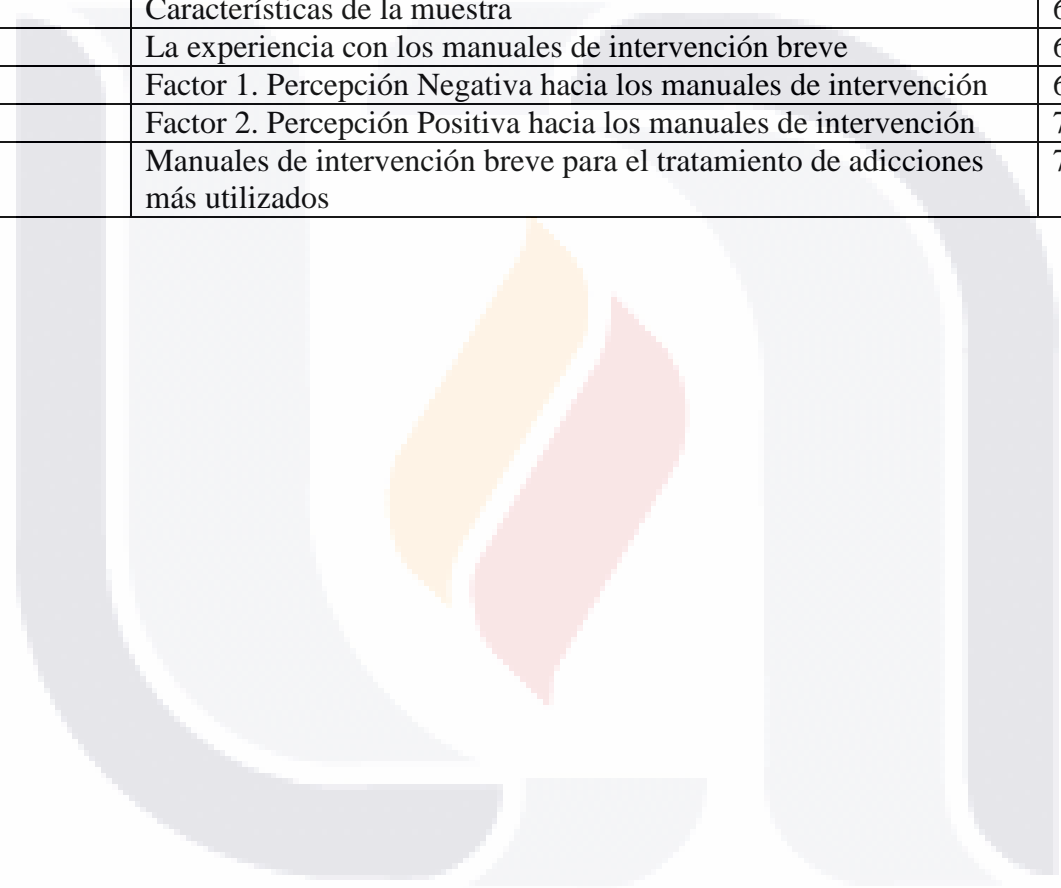
 5.1 Diseño de la investigación 55

 5.2 Participantes 56

5.3 Escenario.....	57
5.4 Instrumentos.....	57
5.5 Materiales y recursos	57
5.6 Procedimiento	57
5.6.1 Adaptación del Cuestionario de Percepción del Psicólogo hacia los Manuales de intervención breve (CPPM) en terapeutas mexicanos.....	59
6. RESULTADOS.....	63
6.1 Adaptación del Cuestionario de Percepción del Psicólogo sobre los Manuales de intervención breve (CPPM). Resultados	63
6.2 Resultados sobre la percepción del terapeuta en el uso de manuales de intervención	64
Características de la muestra.....	64
La experiencia con los manuales de intervención breve.....	65
Percepción acerca de los manuales de intervención breve.....	67
Percepción acerca de los contenidos y las características de los manuales de intervención breve	72
Los predictores de las barreras hacia los manuales de intervención breve	75
7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	77
CONCLUSIÓN GENERAL.....	97
REFERENCIAS	99
ANEXOS	112

ÍNDICE DE TABLAS

Número	Nombre	Página
1	Programas de intervención breve para el tratamiento de Adicciones en México	26
2	Ajuste de las características del CPPM con base en las fases de adaptación	63
3	Características de la muestra	65
4	La experiencia con los manuales de intervención breve	66
5	Factor 1. Percepción Negativa hacia los manuales de intervención	68
6	Factor 2. Percepción Positiva hacia los manuales de intervención	70
7	Manuales de intervención breve para el tratamiento de adicciones más utilizados	73



ÍNDICE DE FIGURAS

1	Fases de adaptación del CPPM a los terapeutas mexicanos de los Centros de Atención para las Adicciones	61
2	Características que debe incluir el manual ideal.	74



RESUMEN

El estudio de las barreras en la transferencia del conocimiento para el tratamiento de adicciones se enfoca en reducir la brecha entre el conocimiento científico y su aplicación en los escenarios clínicos (Addiction Technology Transfer Center, 2002). Algunos programas de intervención con evidencia científica, se han transferido por medio de manuales y capacitaciones a los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) en México. En este proceso, se han identificado barreras en la adopción y aplicación de los programas, destacando la percepción sobre la dificultad en el uso del manual, lo que provoca un nivel de adopción bajo y fallas en la ejecución del tratamiento. El objetivo de este estudio fue describir las barreras en el uso de manuales para el tratamiento de adicciones que identifican los terapeutas, así como plantear estrategias para solucionar estas limitantes. Se adaptó sistemáticamente un cuestionario norteamericano (Addis & Krasnow, 2000) que evalúa la percepción sobre el uso, utilidad y contenido de los manuales; se aplicó a 112 terapeutas que laboran en los CAPA por medio de una plataforma de capacitación en línea. Los resultados reflejan una percepción positiva hacia el uso de manuales y utilidad en la práctica clínica en 80% de los terapeutas; las percepciones negativas identificadas fueron: considerar al manual como libro de técnicas terapéuticas; impide utilizar el juicio clínico; adecuado para usuarios con problemas definidos. Las barreras sobre los contenidos de los manuales: lenguaje complejo, orden ambiguo, falta de casos clínicos y operacionalización de las técnicas utilizadas. Con base en estos resultados se identificaron aspectos a considerar en la elaboración de manuales que faciliten su comprensión y uso; se presentan estrategias para la mejora de los manuales con el propósito de que sean guías útiles y adecuadas para los terapeutas, así como un medio más eficiente en la transferencia del conocimiento.

Palabras clave: Transferencia de conocimiento, Barreras, terapeutas, Manuales de intervención breve.

ABSTRACT

The study of barriers to the knowledge transference for addictions treatment focuses on reducing the gap between scientific knowledge and their application in clinical practice. (Addiction Technology Transfer Center, 2002). Some intervention programs with scientific evidence have been transferred by manuals and trainings at Centros de Atención Primaria en Adicciones in Mexico. In this process, there are some barriers that difficult adoption and application that highlight therapist perception about difficulty in using and understanding the manual, which cause a low level of adoption and failures in the implementation of program, so that the expected benefit of the user results are not achieved. The aim of this study was to describe the barriers at usage of brief intervention manuals for the treatment of addictions identified by health professionals and propose strategies to solve these limitations. To identify barriers systematically adapted a questionnaire of North American origin (Addis & Krasnow, 2000) that evaluates the perception of the use, utility and content of manuals. Subsequently, the questionnaire was administered to a sample of therapists who work at Attention Centers for Addictions through an online training platform. The results show a positive perception towards the use of manual intervention and its usefulness in clinical practice in 80% of therapists. Negative perceptions about the manuals were identified: consider the manual as a book of therapeutic techniques; guide that promotes adhere to the technical and not the needs of the user, prevents to use clinical judgment to serve a case; suitable only for users with defined problems. Also it was identified that the main barriers on the contents of the manuals: Understandable language, ambiguous order of information, lack of examples of clinical cases and operationalization of the techniques used. Based on these results the aspects to consider in the development of manuals to facilitate their comprehension and use we identified. Finally strategies for improving manuals are offered with a purpose to be useful and appropriate guides for therapists as well as a more effective means for knowledge transference.

Key Words: Knowledge transfer, Barriers, Therapists, Brief Intervention Manuals.

INTRODUCCIÓN

El incremento del consumo de sustancias adictivas que se ha presentado en los últimos años en nuestro país (Encuesta Nacional de Adicciones, 2011), tanto de mayor número de sustancias, así como de mayor número de usuarios consumidores a temprana edad, representa una problemática social que ha sido objeto de estudio de diversas investigaciones científicas, con el propósito de crear estrategias o programas de intervención que permitan la prevención o tratamiento de la conducta adictiva para evitar que el usuario desarrolle conductas de dependencia hacia las sustancias.

El proceso de llevar el conocimiento científico a la práctica clínica es complejo, existen factores que impiden que se logre la transferencia de conocimiento, estos factores son las barreras, las cuales son limitantes que afectan e influyen en la capacidad y comunicación para adoptar un nuevo conocimiento y utilizarlo eficazmente en el ejercicio profesional. Las barreras se identifican hasta una vez concluido el proceso de transferencia y que éste ha fallado, al no adoptarse la innovación de manera efectiva.

Los programas de intervención breve con evidencia científica se transfieren por medio de la publicación de manuales y diferentes tipos de capacitaciones dentro de los escenarios clínicos gubernamentales, de modo que los terapeutas y profesionales de la salud que laboran en estas instituciones los utilizan dentro de su práctica clínica. En algunos estudios exploratorios y de evaluación sobre estos tratamientos, se han identificado distintas barreras que dificultan la adopción y aplicación de los programas, entre las cuales destacan las percepciones de los terapeutas respecto a la dificultad que encuentran en el uso y comprensión del manual de intervención, lo que provoca un nivel de adopción más bajo de lo esperado y la consecuencia más significativa es que los programas no se apliquen eficazmente y por lo tanto, no se logren los resultados esperados en beneficio de los usuarios.

Al introducir estas intervenciones psicológicas con respaldo científico a los escenarios clínicos se ha logrado estrechar la brecha que separa la investigación de la práctica, ahora el desafío radica en derribar las limitantes que impiden la transferencia efectiva de estos

conocimientos a los profesionales de la salud. A nivel del terapeuta, las barreras en el uso de manuales de intervención, han sido una de las dificultades identificadas con mayor frecuencia. Respecto al manual, en muchos de los casos es la única herramienta que se utiliza para transferir el conocimiento, y si éste resulta complejo y poco claro al terapeuta difícilmente se logrará el objetivo de la transferencia: adquirir las habilidades, aplicar las técnicas para conseguir los beneficios que el programa ofrece al usuario, y utilizar el programa como una herramienta efectiva para su trabajo clínico.

Para lograr la transferencia de conocimiento en los programas de intervención con evidencia científica para el tratamiento de adicciones, es necesario establecer un proceso interactivo de comunicación que permita identificar claramente las barreras que limitan la adopción del conocimiento, por lo anterior, resulta útil identificar y describir las barreras en el uso de manuales, de manera que se genere conocimiento acerca de este tipo de barreras y la posibilidad de proponer estrategias efectivas y concretas para superar dichas limitaciones. De esta forma, los programas de intervención para el tratamiento de adicciones, puedan convertirse en herramientas realmente útiles y adecuadas para los terapeutas que laboran en los Centros de Atención Primaria en Adicciones.

Los objetivos del presente trabajo de investigación, surgen para establecer una comunicación bidireccional entre investigadores y clínicos, que permita identificar las barreras del terapeuta en el uso de manuales de intervención breve para el tratamiento de adicciones, con el propósito de proponer soluciones que faciliten y mejoren el uso de manuales de intervención y la aplicación de los programas con evidencia científica en los escenarios clínicos.

A través de este modelo de comunicación, se pretende hallar respuesta a las dificultades y desafíos identificados en la práctica, al transferir eficazmente tratamientos con evidencia empírica, sustentados en un marco científico, que terminen con la tradición que prevalece en los servicios de atención a la salud y específicamente en los de atención psicológica, en dónde el desempeño de los profesionales se caracteriza por un eclecticismo fundado en el ensayo y error, más que en los hallazgos derivados de la investigación,

fallando muchas ocasiones en satisfacer las necesidades del paciente (Martínez, Carrascosa & Ayala, 2003; McCarty, Edmundson & Harnett, 2006).

Se ha observado que muchas veces el proceso de transferencia de conocimiento no se desarrolla con éxito y el problema podría deberse a la forma en que los científicos y los clínicos no colaboran conjuntamente para que el proceso sea efectivo (Rodríguez, 2007). Mejorar la comunicación entre investigadores y terapeutas mediante un proceso colaborativo para identificar y solucionar algunas de las barreras que dificultan el uso de programas validados con evidencia científica, permitirá generar acciones concretas y objetivas para superar dichas limitaciones garantizando una transferencia más efectiva entre los avances científicos y la práctica clínica.

Este trabajo de investigación se compone de siete capítulos: el primer capítulo aborda los fundamentos teóricos de la transferencia de conocimiento de los programas de intervención basados en evidencia en el campo de las adicciones; el segundo capítulo describe a los manuales de intervención como medio de transferencia de conocimiento, su estructura y contenidos; el tercer capítulo esboza las barreras en el uso de los manuales de intervención para el tratamiento de adicciones; el cuarto y quinto capítulos presentan el objetivo y diseño de la investigación donde se incluye la descripción de los participantes, escenario, instrumentos y procedimiento de la investigación, así como la metodología que se utilizó en la adaptación del cuestionario utilizado; el capítulo sexto y séptimo muestran los resultados y discusión de los mismos, incluyendo las percepciones y barreras sobre los manuales de intervención; el apartado final presenta una conclusión general de los resultados obtenidos planteando algunas sugerencias para mejorar los manuales de intervención, así como líneas de investigación sobre transferencia de conocimiento que pueden realizarse a partir de los hallazgos encontrados.

El primer capítulo comienza con la definición del concepto de transferencia de conocimiento y los elementos que la conforman, además, se presentan los diferentes modelos de transferencia y sus características. Posteriormente se incluye un breve panorama sobre las innovaciones científicas que han surgido en el ámbito de las adicciones y el proceso de diseminación del conocimiento hacia los escenarios clínicos. Finalmente en

este capítulo se presentan los Programas de Intervención basados en evidencia científica que han sido desarrollados en México y las estrategias de transferencia que fueron utilizadas para diseminarlos a los profesionales de la salud.

En el capítulo dos se aborda al manual de intervención como principal medio de transferencia de conocimiento a los escenarios clínicos, se describe el proceso de transición que siguieron los manuales desde su elaboración como protocolos para la investigación aplicada hasta su uso como medio de transferencia y herramienta para los terapeutas en los escenarios clínicos. En este capítulo también se incluye un panorama detallado sobre la estructura y contenidos de los manuales que pueden favorecer el proceso de transferencia, así como las ventajas y desventajas de utilizar los manuales en la práctica clínica.

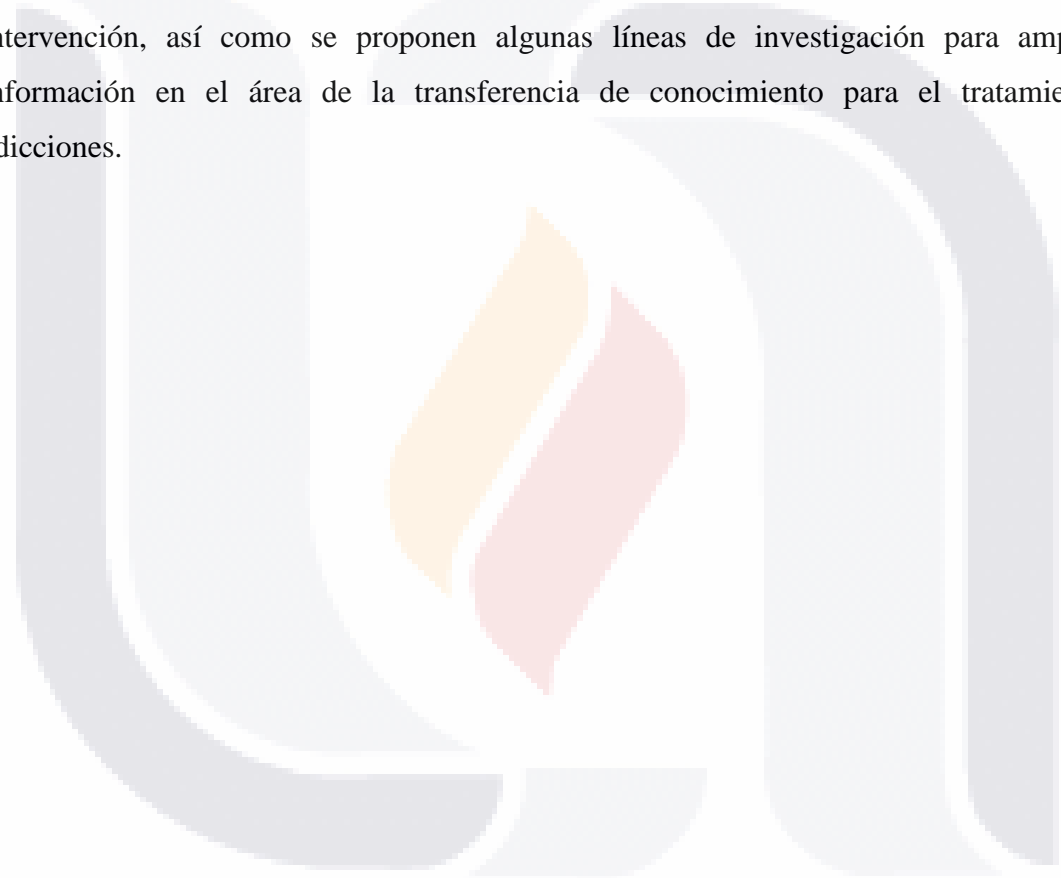
El capítulo tres se enfoca en presentar las principales barreras que se encuentran en la literatura y diversas investigaciones sobre el proceso de adopción de los programas basados en evidencia científica por parte de los terapeutas, y primordialmente las barreras en la transferencia de conocimiento en el uso de manuales de intervención, así mismo, incluye algunas investigaciones internacionales que se han realizado al respecto.

En el capítulo cuatro y cinco, se presentan de manera completa y detallada el objetivo general y objetivos específicos de la investigación, así como el diseño metodológico utilizado para recabar los datos; se describen los participantes, escenario, instrumentos y materiales utilizados para la investigación, así como el procedimiento implementado. Dentro de este apartado, se describe el proceso de adaptación del cuestionario por fases, y los índices de confiabilidad y validez obtenidos.

El capítulo seis incluye los resultados de la investigación, los cuáles se presentan ordenados de acuerdo a los objetivos específicos: primero, se muestran los resultados del proceso de adaptación del Cuestionario para evaluar la percepción del psicólogo sobre los manuales de intervención; en segundo término, se exponen los resultados obtenidos después de la aplicación comenzando por las características de la muestra, la experiencia con los manuales de intervención breve, percepción acerca de los manuales, percepción acerca de los contenidos y características de los manuales y los predictores de las barreras hacia los manuales de intervención.

En el apartado correspondiente al capítulo siete, se muestra el análisis de los resultados y la discusión de los hallazgos encontrados de acuerdo a los objetivos de la investigación, así mismo, se exponen algunas limitantes del estudio. La información contenida en este capítulo se encuentra detallada considerando cada uno de los objetivos planteados con base en los resultados obtenidos y sus implicaciones para la práctica clínica.

Por último en el apartado final, se integra una conclusión general de la investigación, definiendo algunas estrategias y aportaciones para mejorar los manuales de intervención, así como se proponen algunas líneas de investigación para ampliar la información en el área de la transferencia de conocimiento para el tratamiento de adicciones.



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

1. TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN BREVE PARA EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES.

1.1 Transferencia de conocimiento

Durante las últimas décadas, la práctica basada en evidencia científica ha sido un tema prioritario en el ámbito de la prevención e intervención en salud (Cabieses & Espinoza, 2011), lo que ha generado un puente importante entre la investigación aplicada y la toma de decisiones políticas, con el propósito de contribuir y garantizar mejores soluciones a las problemáticas de salud pública en beneficio de la sociedad.

Este vínculo entre la investigación y su aplicación en los escenarios reales, se forma a través de la transferencia de conocimiento generado desde la investigación aplicada, la cual tiene el objetivo de emplear el conocimiento procedente desde una teoría (ciencia básica), para que pueda ser utilizado en la solución de problemas en los diversos ámbitos donde tenga aplicación (Pérez-Tamayo 2001).

La transferencia de conocimiento (TC), es también denominada como traducción del conocimiento (*translational knowledge*) o diseminación del conocimiento, y se ha definido de distintas maneras; para el ámbito de la transferencia tecnológica, la TC es el proceso para la adopción de una innovación por una comunidad o un grupo de personas, donde esta innovación les permita mejorar una actividad, hacer más productivo un proceso, y por ende ser más efectivo y competitivo en el giro profesional con la finalidad de su utilización en la creación y el desarrollo de productos o servicios viables (Fundación Cotec, 2003); la TC se considera como el conjunto de acciones que se realizan, para materializar el paso del conocimiento desde su origen a su destino (González, 2011); desde el área de la salud, la TC es la investigación aplicada y comprensible que tiene el objetivo de traducir el conocimiento científico disponible para que pueda ser utilizado por la población (Benedyk, Berglund, Facciotti, Mobley, & Zucker, 2009); es el tipo de investigación que pretende institucionalizar intervenciones de salud que han probado su eficacia basada en la evidencia científica, maximizando los beneficios en salud

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pública por medio de la inversión en investigación, garantizando tratamientos costo-efectivos de cuidados de la salud a toda la población (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, 2006).

De acuerdo con estas definiciones, se puede entender por transferencia de conocimiento, como el proceso de traducir un conocimiento basado en evidencia científica a los usuarios potenciales en los diferentes ámbitos de aplicación, con el objetivo de posibilitar que el receptor utilice el conocimiento y obtenga los beneficios de la investigación aplicada, para cumplir los propósitos esperados en su actividad profesional. Por lo tanto, atendiendo a los criterios que se mencionan dentro de la TC, se pueden distinguir tres elementos que la conforman: actores, motivaciones y etapas (González, 2011).

Los actores son el elemento operativo humano, se trata de los ejecutantes o agentes involucrados en el proceso de TC y se distinguen tres tipos de actores: el proveedor del conocimiento (investigadores), el receptor del conocimiento (usuario o adoptante) y los intermediarios del proceso (asesores, capacitadores, agentes de cambio). Las motivaciones, son las razones, causas o factores que originan, impulsan y/o condicionan la TC, las cuales pueden tener diferentes dimensiones que van desde las ventajas e inconvenientes de la transferencia para cada una de las partes, actitudes de las partes para enfrentarse al proceso de transferencia, utilización de instrumentos de apoyo o intervención de elementos optimizadores, dinámica del contexto socioeconómico donde se sitúan las partes, y finalmente las limitantes o barreras que afectan al proceso de transferencia de conocimiento. El último elemento que compone la triada de la TC son las etapas, es decir, los diferentes pasos o fases que siguen las partes involucradas para iniciar, desarrollar y culminar el proceso de transferencia de conocimiento. Se pueden distinguir cuatro etapas que son la selección, la negociación, la absorción y la adopción de la innovación (González, 2011).

La selección consiste en elegir el tipo de conocimiento necesario y al proveedor del mismo, esta selección puede estar fundada en la decisión del adoptante si se desarrolla en un escenario particular o depende también de los directivos en el caso de las instituciones públicas o privadas, además de esto se tienen diversas consideraciones: la novedad del programa o conocimiento que se desea adquirir, el tamaño y magnitud de recursos tanto del que adquiere

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

como del posible proveedor, y el grado de información que se posea acerca de la efectividad, validez y utilidad de la innovación.

El siguiente paso de la TC, es la negociación de las condiciones, es decir, el acuerdo a través del cual se transfiere y adopta el conocimiento. Aquí nuevamente intervienen factores relevantes como un escenario público o privado, su capacidad técnica y económica, así como la disponibilidad de sus recursos humanos, en este caso, los adoptantes, su formación y sus habilidades profesionales, y también es necesario evaluar si las instalaciones con las que se cuentan son apropiadas para implementar las acciones que el nuevo conocimiento propone. La tercera etapa es la absorción, implica que una vez adquirido el contenido del nuevo conocimiento, éste debe asimilarse por los sujetos receptores, ya que tanto en los ámbitos públicos como privados, son ellos quienes adoptan las innovaciones y son quienes aplican los programas adquiridos para mejorar su productividad y desempeño profesional.

Finalmente el proceso de transferencia de conocimiento, termina con la adopción, la cual tiene implicaciones importantes dentro del proceso. Por un lado algunos autores (Pereplechikova, Treat & Kazdin, 2007) argumentan que, no sólo basta con intentar replicar las habilidades y técnicas adquiridas, sino que es indispensable realizar el proceso de una manera íntegra al programa adoptado, de tal manera que se pueda llegar a la replicabilidad de los resultados obtenidos en el escenario controlado ahora dentro del escenario real. Por otro lado, dentro de esta etapa o como una etapa siguiente, algunos autores manejan el término reinención (Rogers, 1995; Hayes, Gifford & Hayes 1998; Rosemberg, 1992).

A través de diversos estudios que evaluaron la implementación de tecnologías transferidas, se descubrió que en algunas ocasiones habían sido aplicadas con ciertas variantes de su original. A este proceso se le llama “re-inención” y se define como, “el grado en que una innovación es cambiada o modificada por un usuario en el proceso de adopción o implementación” (Rogers, 1995). Se ha observado que los adoptantes están interesados en esculpir una innovación que embone en su contexto particular y cubra sus necesidades, de esta manera, se infiere que aquellas innovaciones que son flexibles y permiten ser re-inventadas por quienes las adoptan, serán más rápidamente adquiridas (Rogers, 1995; Hayes et al., 1998; Rosemberg, 1992).

El proceso de transferencia de conocimiento en sí mismo es complejo, sin embargo también hay que considerar que se inserta dentro del largo camino que sigue el conocimiento desde su sustento en la investigación básica, su base empírica en la investigación aplicada, hasta su implementación y utilidad para resolver problemáticas sociales reales (Pedroza & Martínez, 2012). La manera de construir este puente de transferencia entre la investigación y la práctica ha evolucionado significativamente en los últimos años, y existen diferentes modelos teóricos que explican el proceso. A continuación se describen las implicaciones que posee cada uno para favorecer o limitar que el proceso se concluya de manera exitosa y con altos rangos de adopción.

La TC posee modelos explicativos con una amplia gama de alcances relacionados con el avance en la teoría e investigación sobre el proceso, y se han elaborado posturas más viables o adecuadas, dependiendo del tipo de conocimiento y del escenario en donde se desea transferir. No existe un modelo explicativo definitivo sobre el curso a seguir desde que surge una innovación hasta que es implementada en la práctica (Williams & Gibson, 1990). Todos los modelos identificados en la literatura presentan carencias e interrogantes, hasta el punto que algunos autores concluyen que no se ha desarrollado un modelo del proceso generalizable (Forrest, 1991; Hobday, 2005). Sin embargo, otros autores argumentan que alcanzar ese objetivo es complicado dada la diversidad del tipo de conocimiento, cuestionándose la pertinencia de contar con un modelo universal de transferencia (Forrest, 1991; King & Anderson, 2003).

A medida que se obtienen avances en la comprensión del proceso de transferencia, han surgido modelos cada vez más sofisticados. En la actualidad, los modelos coexisten en todas sus formas (Velasco, Zamanillo & Gurutze, 2007). Del análisis de las propuestas revisadas por distintos autores (Forrest, 1991; Rothwell, 1994; Velasco et al., 2007), se identifican los modelos más difundidos respecto al proceso de transferencia. Concretamente, los modelos más destacados son los Modelos Lineales, los Modelos por Etapas, los Modelos integrados y los Modelos en Red (Velasco et al., 2007).

Los Modelos Lineales se caracterizan por su concepción secuencial del proceso de transferencia, es decir, suponen un procedimiento lineal y unidireccional, desde que surge el descubrimiento científico, hasta la investigación aplicada y su utilidad en los usuarios potenciales. La calidad de la investigación y las presiones competitivas del mercado promueven el uso de los resultados de investigación (Rothwell, 1994). Las desventajas de este modelo son la traducción del conocimiento de la ciencia básica a productos que se puedan utilizar y la transferencia de las innovaciones tecnológicas a la población, así como, la forma simplificada y ordenada que establece para desarrollar el proceso, pues en la práctica se observa que no son necesarias todas las etapas o bien, la secuencia para implementarse es distinta; otra crítica considerable, es que no se toman en cuenta los procesos de retroalimentación entre los diferentes actores involucrados (Velasco et al., 2007).

Los Modelos por Etapas consideran la transferencia como una actividad de carácter lineal, sin embargo, involucran en su planeación tanto las etapas del proceso, como la interacción entre sus actores. El proceso por etapas abarca desde la generación de la idea, hasta el uso de la innovación en el mercado, definiendo las funciones entre distintas áreas que interactúan de manera secuencial (Forrest, 1991). Una de las deficiencias de estos modelos es que consideran cada actividad o área involucrada como individual y aislada del resto, cuando en la práctica se hace referencia a la necesidad de interrelaciones entre ellas y retroalimentación entre la ejecución de las distintas actividades; de igual manera, no contemplan las modificaciones del proceso, en el caso de que una de las áreas no cumpla con las actividades de manera concreta (Velasco et al, 2007).

Los Modelos Integrados rompen con la concepción secuencial de los modelos anteriores, considerando la transferencia como un proceso con fases que ocurren simultáneamente y que requieren retroalimentación en la comunicación entre los actores que desarrollan las distintas etapas. La principal ventaja de estos modelos, es que intentan generar una integración entre todas las actividades para la transferencia incluyendo a los investigadores, las instituciones, los proveedores y a los usuarios (Forrest, 1991, Hobbest, 2005). Sin embargo, una deficiencia identificada en estos modelos, es que no se consideran las particularidades de los usuarios y el entorno en donde se aplica la innovación una vez adoptada, por lo que la comunicación que se

genera no profundiza en los aspectos socioculturales y estructurales de los adoptantes, provocando que la innovación no se implemente efectivamente (Forrest, 1991; Hobbest, 2005).

Los Modelos en Red destacan que el conocimiento se genera dentro y entre los escenarios de investigación y los escenarios prácticos, y sugiere que la innovación es fundamentalmente un proceso distribuido en red (Hobbest, 2005). Los investigadores se encuentran asociados a un conjunto diverso de agentes externos (usuarios, universidades, instituciones públicas, agencias gubernamentales) a través de redes de colaboración y de intercambio de información, que por medio de su comunicación interactúan en la producción, difusión y uso de conocimiento innovador y económicamente útil (Velasco et al., 2007). Las dificultades en estos modelos, son que requiere el trabajo multidisciplinario de los diversos actores, considerar las barreras de la comunicación y organización entre las distintas instituciones, así como facilitar el uso de redes por medio de tecnologías de la información para hacer más rápido el intercambio de información.

En síntesis, en el proceso de transferencia de conocimiento surge la necesidad de dinámicas de retroalimentación e interacción entre los distintos actores involucrados durante el proceso, ciclos de intercambio de información de una etapa a otra, y situaciones que dificultan el que se siga un modelo secuencial por etapas. Del abordaje de los distintos modelos se deduce que la transferencia de conocimiento es un proceso sumamente complejo. Cada uno de los modelos presentados aporta nuevas alternativas para transferir innovaciones relevantes para la práctica, sin embargo, se distinguen los Modelos en Red, como la propuesta más completa para desarrollar una transferencia de conocimiento más integradora.

Con base en las características descritas anteriormente, se retomaran los fundamentos de un modelo de transferencia en red, que concibe al proceso con un desarrollo simultáneo y de retroalimentación en la comunicación entre los actores, generando flujos de información e intercambio de conocimiento entre los investigadores y los adoptantes. El Modelo de la Comunicación propuesto por Doheny-Farina, (1992) sostiene que la transferencia debe ser vista como un proceso de creación de conocimiento contextual a través del aprendizaje colaborativo. En este modelo, los actores, dentro de un proceso de transferencia, adaptan la innovación por medio del intercambio de conocimiento, para adecuarla a las limitaciones institucionales y a sus

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

propios objetivos y prácticas. Lo que se produce al final son diversas adaptaciones de la innovación original (Bruce y Peyton 1999). La transferencia eficaz requiere la creación de nuevos conocimientos mediante la colaboración y el aprendizaje mutuo.

El desarrollo de estrategias efectivas para la transferencia de conocimientos útiles para la práctica en el campo de la salud, es un paso necesario para la comunicación de conocimientos científicos innovadores, y esto solo puede alcanzarse mediante el estudio científico de las mismas. Partiendo de la importancia del proceso de transferencia como un componente indispensable en la investigación científica y en especial en la investigación de intervenciones psicológicas, el presente estudio tomará el Modelo de Comunicación como base para abordar la transferencia de conocimiento para el tratamiento de adicciones. Se parte de este modelo teórico, debido a que integra la participación de los actores involucrados en el proceso de transferencia, por medio de una comunicación bidireccional para generar conocimiento relevante desde las aportaciones multidisciplinarias de los expertos, y considera como punto elemental que el conocimiento llegue a los escenarios clínicos y pueda ser utilizado para generar beneficios costo-efectivos en los tratamientos.

Considerando el contexto actual en el que se desarrolla la investigación, especialmente en el ámbito de la salud, la validez de las innovaciones científicas recaen en los términos de la utilidad y aplicabilidad de sus resultados en los escenarios prácticos, ya sea para la atención oportuna y eficiente de usuarios o para la elaboración de políticas públicas (Martínez & Medina- Mora, 2013). Este modelo de transferencia permite establecer un vínculo para compartir y generar conocimiento entre la investigación científica y las instituciones que lo implementan. La TC es reconocida ahora, como un componente fundamental del proceso de investigación, y esta tarea no debe recaer únicamente en los investigadores, requiere del compromiso de todos los actores principales en la investigación para la promoción de la salud, entre estos se destacan, los científicos generadores de conocimiento científico, los agentes sociales encargados de políticas sanitarias y los profesionales de la salud, quienes implementan directamente la información derivada de estos.

La exigencia de la sociedad de una mejor calidad de atención en los servicios de atención psicológica y las restricciones presupuestarias a la investigación, demandan un

esfuerzo más comprometido de transferencia de resultados, técnicas y tratamientos avalados científicamente, meta que será cumplida abriendo el diálogo e intercambio de conocimiento, trabajando de manera colaborativa investigadores, instituciones y terapeutas.

Dado el interés del presente estudio, se acotará el abordaje de los servicios de atención psicológica en el área de adicciones, haciendo referencia a una problemática social de alto impacto en los jóvenes, que se ha incrementado considerablemente en nuestro país (Encuesta Nacional de Adicciones ENA, 2011), por lo que a continuación se muestra el panorama de los avances científicos en el tratamiento de Adicciones, y su diseminación al interior de las instituciones que brindan el servicio de atención a los usuarios.

1.1.1 Innovaciones e investigaciones en el tratamiento de Adicciones: diseminación del conocimiento en los escenarios clínicos

El consumo de sustancias adictivas se considera a nivel mundial un problema importante de salud. En distintos países se han desarrollado líneas de investigación en relación a las adicciones, e incluso se han formado instituciones especializadas para la investigación, transferencia de conocimiento, creación de políticas públicas, prevención y tratamiento del consumo de sustancias.

Un ejemplo de este tipo de instituciones, lo representa el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA), instituto líder en incorporar los avances científicos para combatir el abuso y la adicción a las drogas en Estados Unidos. El NIDA apoya la gran mayoría de las investigaciones en el mundo sobre los aspectos de salud relacionados con el abuso de sustancias, a través del desarrollo de investigaciones en diversas disciplinas y las redes de apoyo estratégico entre estas, así como el trabajo planeado para la difusión rápida y eficaz de los resultados de las investigaciones y la puesta en práctica de estos resultados en los escenarios clínicos para mejorar significativamente la prevención y el tratamiento de las adicciones. Además, actualmente la misión de esta institución, es que los resultados de estas

investigaciones sirvan para que las políticas sobre el abuso de drogas y la drogadicción sean formuladas con una base científica.

El grupo de trabajo de la División XII de la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés) promueve en su informe sobre Terapias Validadas Empíricamente (Chambless, Sanderson, Shoham, Bennett Johnson, Pope, 1996) que los psicólogos clínicos deben utilizar, siempre que sea posible, programas de intervención que funcionen y cuenten con el respaldo de la evidencia científica, como parte de su responsabilidad ética fundamental al momento de intervenir con usuarios; por lo que concluyen que los psicólogos clínicos deben elegir el mejor programa de intervención de entre los que tengan disponibles para el caso concreto que estén tratando, resaltando que la elección debe tener la base del conocimiento científico (Chambless et al., 1996).

Según la Sociedad de Psicología Clínica (División XII de la APA) (1996) los tratamientos apoyados por la evidencia científica que han sido diseminados en los escenarios clínicos estadounidenses son los siguientes: Prevención de Recaídas (Marlatt & Gordon, 1985); la Psicoterapia Expresiva de Apoyo (Luborsky, 1984) enmarcada en las terapias dinámicas breves; el Consejo Individualizado o Consejería breve (Christoph, Frank, Chambless, Brody & Karp, 1995); Terapia de Incremento Motivacional (Miller & Rollnick., 1991); Terapia Conductual para Adolescentes (Azrin, Donahue, Besalel, Kogan & Acierno, 1994; Azrin et al., 1996); Terapia Familiar Multidimensional para Adolescentes (Diamond & Liddle, 1996; Schmidt, Liddle & Dakof, 1996); Terapia Multisistémica (Henggeler, Shoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 1998); Terapia Combinada de tipo Conductual y de Reemplazo (Hughes, 1991; American Psychiatric Association, 1996; Secades Villa, Díez Alvarez & Fernández Hermida, 1999).

Con relación a las recomendaciones proporcionadas por la entidades anteriores (NIDA y APA), a excepción de la Terapia Dinámica Breve, la mayoría de los programas de intervención que se recomiendan para el tratamiento de las adicciones, parten del marco de la Terapia Cognitivo-Conductual, y en México son estos programas los que han sido diseminados dentro de los Centros de Atención Primaria en Adicciones.

Con el propósito de conocer el estado del arte referente al tratamiento de adicciones en nuestro país, se retoma una investigación que describe una revisión sistemática de los estudios realizados para evaluar los programas de tratamiento (Rojas, Real, García-Silberman, Medina-Mora, 2011). En esta investigación se realizó una revisión de la bibliografía publicada de 1980 a 2010 en bases de datos y centros de documentación especializados, localizando un total de 220 publicaciones sobre tratamientos en México. Según las autoras, el tipo de tratamiento más utilizado fue el cognitivo-conductual breve, seguido por su combinación con terapia de reemplazo, terapia farmacológica y psicoterapia.

En México las instituciones que han marcado la pauta para la diseminación de los Programas de intervención con evidencia científica, son el Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC), el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INP) y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), instituciones que han colaborado para el desarrollo de estrategias de salud pública, promoviendo ampliar la oferta y la accesibilidad al tratamiento de adicciones. En relación a lo anterior, el gobierno mexicano aumentó la cobertura de los servicios de salud por medio de Centros de Atención especializados en Adicciones que garantizan que se apliquen modelos eficaces y efectivos para atender a la población.

Así, diversas instituciones tienen la consigna de brindar atención para el tratamiento de las adicciones basados en programas de intervención que han sido validados científicamente, dichos programas han mostrado ser efectivos, versátiles de aplicar en diferentes escenarios, con ventajas significativas en cuanto al costo-beneficio del tratamiento y con resultados duraderos ante el cambio (Chambless & Ollendick, 2001). A pesar de las ventajas que muestran, se tiene la certeza de que pocas intervenciones con evidencia científica, son utilizadas eficazmente en la práctica clínica, y a pesar de los posibles esfuerzos al respecto de la transferencia de conocimiento, los rangos de adopción son más bajos de lo esperado (Martínez & Medina-Mora, 2013).

Se ha creado un vínculo entre los grupos de investigadores, las instancias gubernamentales y los escenarios clínicos, pero el proceso de transferencia ha quedado limitado debido a que pocas instituciones interaccionan entre ellas y con los grupos de investigación para abordar la problemática de las adicciones y generar programas que puedan adaptarse a las necesidades específicas que los Centros de Atención para las Adicciones demandan.

1.2 Programas de Intervención Breve con evidencia científica para el tratamiento de adicciones en México.

En la década de los setenta, las intervenciones breves se desarrollaron como una alternativa a la búsqueda de estrategias para identificar de manera oportuna a las personas que bebían alcohol excesivamente y proporcionarles un tratamiento poco complejo para modificar su patrón problemático de consumo (Ortega, 2000). Este tipo de intervenciones se ha implementado desde entonces como estrategia para reducir el consumo excesivo de alcohol en individuos no dependientes, y en el caso de individuos dependientes, facilitar su canalización a programas especializados. La oferta de este tratamiento puede llegar antes de que el individuo la solicite e incluso antes de que advierta que su patrón de consumo le resulta dañino.

A partir de la psicología motivacional y la teoría de la auto-regulación, las intervenciones breves fueron diseñadas para estimular las capacidades individuales de auto-evaluación, auto-monitoreo y auto-regulación a fin de inducir un cambio. No son entrenamientos en habilidades específicas, pues trabajan bajo el supuesto de que la persona posee los recursos necesarios para sobrellevar su problemática, consisten principalmente en programas educativos, cuyo objetivo principal es incrementar la motivación al cambio. Las intervenciones breves son un medio para dirigir y facilitar el proceso de cambio (Zewen y Fleming, 1999; Martínez, Salazar, Ruíz, Barrientos & Ayala, 2005).

Miller y Rollnick (2009) consideran que el impacto fundamental de las intervenciones breves, radica en la motivación hacia el cambio. Se cree que una vez lograda esta, el individuo puede cambiar su comportamiento con un mínimo de ayuda adicional. Las intervenciones

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

breves logran aumentar la motivación al cambio, brindando al usuario información sobre su problemática y haciendo sugerencias para cambiar su comportamiento, enfatizando las consecuencias negativas a corto y largo plazo derivadas de su actual conducta y señalando los efectos que traería consigo el cambio, para estas actividades se puede apoyar en material educativo (Riquelme y Romero, 2002). La meta de este tipo de intervenciones es lograr un consumo moderado o la abstinencia dependiendo de la sustancia adictiva. Dado que la mayoría de la población a la que van dirigidas, no ha experimentado consecuencias gravemente negativas que la inciten a dejar de consumir la sustancia en su totalidad, tienden a preferir la moderación.

Las intervenciones breves basadas en las técnicas cognitivo-conductuales han demostrado gran generalidad en su aplicación, así como alto grado de eficiencia, principalmente debido a que su fundamento reside en la investigación experimental. Este tipo de intervenciones se caracterizan por: ser de bajo costo; rápida aplicación; muestran efectos inmediatos; los resultados son perdurables en el tiempo; no son intrusivas; no resultan agresivas para el cliente, generalmente puede ser atendido en condiciones de tratamiento externo; se concibe al usuario como un ser proactivo y propositivo; y se concibe a la conducta de consumo del usuario como determinada de forma conjunta con variables ambientales y procesos cognoscitivos. (Chamblees et al., 1996)

Las intervenciones breves de corte cognitivo-conductual, son un proceso sistemático que incluye una rápida evaluación del usuario y una implementación inmediata de estrategias de cambio. Su objetivo es proporcionar a los usuarios las herramientas adecuadas para cambiar actitudes básicas y manejar los problemas subyacentes al consumo excesivo (Ayala & Echeverría, 2001).

Por ser un tipo de tratamiento con evidentes beneficios costo-efectivos, las intervenciones breves son tecnologías que permiten dar una respuesta eficaz en el tratamiento de usuarios en los sectores de salud pública, por lo tanto en las últimas décadas, estos programas han formado parte de las políticas de salud pública en México, y actualmente son transferidos a instituciones de salud encargadas de la prevención y tratamiento de las adicciones.

1.2.1 La transferencia del conocimiento de los programas de intervención breve a los profesionales de la salud

Con el propósito de disminuir las brechas existentes entre la investigación y la práctica clínica, es necesario que la comunidad de investigadores, considere la interacción bilateral con los profesionales de la salud, dando un mayor énfasis a la efectividad y la utilidad clínica de los programas de intervención breve para el tratamiento de adicciones, transferidos a los Centros de Atención Primaria en Adicciones.

De acuerdo a Sánchez (2006), los desafíos actuales para fomentar un uso más extendido de los tratamientos con evidencia científica, giran en torno a la generalización, la aplicabilidad y la rentabilidad, es decir, para que los programas de intervención sean implementados con eficacia en los escenarios clínicos, es necesario que las intervenciones cuenten con características adecuadas a las necesidades y demandas de los usuarios que asisten a estos escenarios clínicos, proporcionando un tratamiento costo-efectivo. En un esfuerzo por facilitar aspectos como la utilidad y el sentido práctico, algunos autores proponen modelos mixtos de investigación que incluyan los componentes de los estudios de eficacia (rigurosidad metodológica), y los de la efectividad (investigación en contextos clínicos reales) (Sanchez, 2006).

Las primeras investigaciones de transferencia de conocimiento en el tratamiento de adicciones, comenzaron con una investigación multinacional coordinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en donde se analizaron los primeros resultados mexicanos al aplicar un programa de Consejo Breve a Bebedores Problema que fue trasferido e implementado en los Centros de Salud (Campillo, Díaz, Romero & Padilla, 1988).

A partir de la década de los noventa, comienzan a implementarse en nuestro país los Modelos de Intervenciones Breves (Ayala, 1997); grupos de investigadores desarrollan modelos de intervención con validez científica efectivos para atender a los usuarios de la población mexicana (Ayala, 1997; Echeverría, Ruiz, Salazar & Tiburcio, 2004; Ruiz & Medina-Mora, 2006; Oropeza, Loyola & Vázquez, 2005; Martínez, Ruíz y Barrientos 2005; Lira, González, Carrascoza, Ayala & Cruz, 2009). El principal objetivo de estas intervenciones

es evitar en el usuario el desarrollo de la dependencia al consumo de sustancias y reducir el daño ocasionado por abuso promoviendo la moderación o la abstinencia (Ayala, Echeverria, Sobell & Sobell, 1997).

Obtenidos los primeros resultados de las intervenciones breves en México (Ayala et al., 1997), se comenzó con una diseminación de los modelos de intervención breve, identificando las instituciones y los escenarios clínicos que podrían utilizar la innovación y generar resultados efectivos en el tratamiento de las adicciones. Los primeros trabajos comenzaron diseminando los programas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y los Centros de Integración Juvenil (CIJ).

Finalmente en el año 2003, el gobierno mexicano desarrolla el Consejo Nacional contra las Adicciones, organismo gubernamental encargado de implementar en Centros de salud, un modelo de atención primaria que busca detectar a las personas con factores de riesgo para ofrecerles un tratamiento breve, con el objetivo de evitar que se inicien en el consumo experimental de tabaco, alcohol o drogas ilegales y con ello impedir un problema más severo como lo es la adicción (CONADIC, 2010).

Actualmente, el organismo gubernamental que efectúa las estrategias de salud pública referentes al problema de las adicciones en México, es el CENADIC (Centro Nacional para la Prevención y Control de Adicciones) encargado de <<promover y proteger la salud de los mexicanos, mediante la definición y conducción de la política nacional en materia de investigación, prevención y tratamiento, formación y desarrollo de recursos humanos para el control de las adicciones, con el propósito de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social>> (CENADIC, 2012). Por medio de un Programa Nacional de Salud, el objetivo es contar con Centros de Atención Primaria en Adicciones en el primer nivel de atención de salud (CAPAS), en donde laboren profesionales de la salud capacitados en los programas de intervención con evidencia científica, para la atención de problemas relacionados con el abuso de sustancias.

Los programas de intervención breve para el tratamiento de adicciones utilizados en estos Centros de Atención Primaria en Adicciones de México, se describen a continuación en la siguiente tabla:

Tabla 1.

Programas de intervención breve para el tratamiento de Adicciones en México

Programa de Intervención	Objetivos
Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema (Ayala, 1997).	Es una intervención para ayudar a los usuarios con problemas en su forma de beber, promueve un compromiso para cambiar la conducta de consumo y utilizar los recursos propios para afrontar el consumo excesivo de alcohol
Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas (PIBA) (Martínez, Ruiz, Salazar & Barrientos, 2005).	Es un tratamiento cognitivo-conductual para jóvenes que consumen alguna sustancia adictiva como alcohol, marihuana, cocaína e inhalable.
Tratamiento Breve para usuarios de Cocaína (TBUC) (Oropeza, Loyola y Vázquez, 2005).	El objetivo es ayudar al usuario a que alcance la abstinencia del consumo de cocaína. Este objetivo se logra a partir de estrategias cognitivas y conductuales que permiten identificar situaciones de riesgo de consumo para enfrentarlas de manera efectiva.
Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2005).	El modelo está dirigido a usuarios crónicos de drogas que ya tienen problemas importantes en prácticamente todas las áreas de su vida. En este modelo se enseñan diferentes estrategias que ayudan al consumidor a “recuperar” su vida y a alcanzar la abstinencia de la sustancia.
Programa de Intervención Breve Motivacional para fumadores (PIBMF) (Lira, 2002)	Es una intervención breve, de tipo cognitivo conductual dirigido a consumidores adultos de tabaco. Tiene por objetivo que el usuario identifique sus situaciones de riesgo y aprenda estrategias de enfrentamiento y autocontrol para evitar el consumo de tabaco
Programa de Prevención de Recaídas (Marlatt & Gordon, 1985; Fernández Montalvo, Echeburúa, 1997)	Tiene sus bases en la teoría del aprendizaje social y busca enseñar a los individuos a anticipar y enfrentar situaciones de riesgo, mediante estrategias cognitivas y de autocontrol para evitar recaídas e incrementar la fase de mantenimiento en el proceso de cambio del hábito. Está diseñado tanto para aquellos usuarios que ya han logrado la abstinencia y desean mantenerla, así como para los usuarios que siguen consumiendo y quieren dejar de hacerlo.

<p>Programa de Intervención Breve para familiares de consumidores de alcohol (Natera, Oxford, Tiburcio y Mora, 1998)</p>	<p>Este modelo de intervención está dirigido a propiciar que los familiares identifiquen y reflexionen respecto a las formas en las que han afrontado el problema de alcoholismo y sus consecuencias para que logren reaccionar de formas más efectivas que ayuden a reducir su tensión.</p>
<p>Programa de intervención breve para usuarios de marihuana (IBUM) (López, 2010).</p>	<p>Es una intervención motivacional breve que ayuda a las personas a comprometerse en el cambio de su conducta, y a reconocer y usar su propios recursos para eliminar su patrón de consumo de marihuana. Proporciona las herramientas para sensibilizar a la persona y se dé cuenta de que su consumo de marihuana le está causando daños físicos y cognitivos, se inicia fijando metas de consumo, encontrando razones para interrumpir su consumo actual de marihuana, incrementando la motivación para conseguir estas metas, identificando las situaciones en las cuales tiene mayor posibilidad de consumir marihuana y desarrollando estrategias alternativas para enfrentarse a esas situaciones con el apoyo de su familia.</p>

Estos programas de intervención con evidencia científica han sido transferidos a los Centros de Atención para las Adicciones en México, a través de distintas estrategias de diseminación entre las que destacan los talleres, congresos, la capacitación en línea de terapeutas a nivel nacional, y principalmente los manuales de intervención breve, siendo ésta última estrategia, la más utilizada para transferir este tipo de programas, y en ciertos casos, ha sido el único medio de transferencia disponible para algunos terapeutas. Dada la relevancia de los manuales de intervención en este proceso, a continuación se abordan las características y consideraciones del uso de los manuales de intervención como medio de transferencia de conocimiento.

2. EL MANUAL DE INTERVENCIÓN COMO MEDIO DE TRANSFERENCIA DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN BREVE

2.1 La transición de los manuales de la investigación a su implementación en la práctica clínica.

Los manuales de intervención evolucionaron a partir de las necesidades de los investigadores, desde su creación como protocolos para evaluar la efectividad de los tratamientos, hasta su uso como herramientas para habilitar a los terapeutas en la implementación de los programas de intervención breve, y se convirtieron rápidamente en el mayor medio de transferencia de los tratamientos con evidencia científica (Addis, 1997).

Para que un programa de intervención psicológica pueda ser objeto de contrastación empírica y obtenga validez científica, requiere de metodologías de investigación que especifiquen de forma objetiva, clara, precisa y estructurada los objetivos, técnicas y contextos de aplicación, así como los métodos para evaluar su eficacia (Waltz, Addis, Koerner, & Jacobson, 1993). La resultante de estas metodologías con riguroso énfasis en la sistematización y la objetividad, ha sido la creación de manuales de intervención psicológica que han permitido no solo la diseminación de los procedimientos a los profesionales, sino también la replicación exacta de los resultados de las investigaciones en la práctica profesional.

Un manual de intervención psicológica es un instrumento de un programa de intervención efectivo que comprende una revisión de estudios donde hay una eficacia probada científicamente sobre tratamientos psicoterapéuticos (Addis, 1997; Crits-Christoph, 1995).

Existe en la literatura diversas discusiones sobre el rol del manual de intervención en el contexto de la investigación, en comparación con su utilidad en los escenarios reales. Aunque originalmente fueron creados para ser utilizados en la investigación (Dobson & Shaw, 1988; Luborsky & DeRubeis, 1984), actualmente se emplean como el principal medio de difusión de los programas de intervención breve en la práctica clínica. Al considerar a los manuales de intervención como un medio eficaz de transferencia, es necesario abordar por lo menos tres

temáticas específicas que se han identificado para evaluar la pertinencia del uso de un manual como puente entre la investigación y la práctica clínica: en primer lugar, la eficacia y adherencia del terapeuta en los escenarios controlados dentro de una investigación contra una práctica flexible y diversificada en los escenarios clínicos; en segundo lugar el tipo de estrategias y normas del gobierno para la transferencia del conocimiento y la capacitación de los profesionales; y en tercer lugar, la estructura deseada y el contenido en los manuales de intervención, para que éstos cumplan con el objetivo de la transferencia de conocimiento (Hayes, 1995; Lambert & Bergin, 1994; Addis, 1997; Luborsky, 1993).

La transferencia de manuales de intervención de los escenarios controlados a los escenarios clínicos se basa en la siguiente hipótesis propuesta por Luborsky (1984) en un estudio sobre la psicoterapia en la investigación: si los programas de intervención basados en manuales han mostrado ser efectivos en un contexto de investigación controlado, entonces la transferencia del manual conducirá a un tratamiento efectivo en la práctica clínica. Para obtener argumentos a favor de esta hipótesis, es necesario obtener los resultados de estudios que demuestren la eficacia de los programas de intervención específicos en contextos clínicos específicos.

Los estudios para evaluar la eficacia de los manuales de intervención como medio de transferencia, deben comparar el proceso y resultado de los manuales utilizados en la investigación contra los escenarios clínicos, e indagar los efectos de formas alternativas de manuales de entrenamiento en ambos contextos (Wilson, 1996), así mismo, resulta útil identificar una descripción sistemática de factores comunes entre terapeutas colaboradores en la investigación, y los que ejercen en la consulta pública o privada para identificar estrategias que puedan ayudar a difundir los elementos efectivos de un tratamiento de intervención con validez científica.

Los estudios que comparan la práctica clínica y las condiciones controladas de investigación, deben examinar las posibles diferencias en el proceso de intervención y el comportamiento del terapeuta, así como los resultados obtenidos con los pacientes. Aun cuando un promedio de resultados son similares en todos los contextos, puede haber procesos diferentes que, si se identifican, pudieran ayudar en la transferencia de los programas (Wilson, 1996). Dos aspectos importantes del proceso de intervención, en los que se han identificado diferencias entre

el escenario controlado y el clínico, están relacionados con la eficacia y la adherencia del terapeuta al manual de intervención (Cordova & Koerner, 1993; Persons, 1995; Addis, 1997).

Para identificar claramente cómo influyen estas capacidades en el uso de un manual de intervención, en escenarios controlados y clínicos, es necesario definir los conceptos de eficacia y adherencia del terapeuta. La eficacia se define como la capacidad para lograr los resultados esperados y alcanzar los mayores beneficios al usuario; incluye la efectividad, es decir, la utilidad y conveniencia para lograr los objetivos deseados en el contexto donde se actúa, y a su vez, la eficiencia para obtener mayores beneficios y mejores resultados, con un menor gasto de recurso (Labrador, Echeburúa & Becoña, 2004).

Por otro lado la adherencia del terapeuta al manual de intervención, se relaciona con el concepto de adherencia terapéutica empleado en psicología de la salud, donde se define como aquellas conductas que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del usuario y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, así como la ejecución de conductas para lograr el resultado esperado (Libertad, 2004). En otras palabras, la adherencia del terapeuta al manual, se entiende como la conducta del terapeuta de comprender y aplicar el tratamiento de una manera íntegra, realizando las actividades y técnicas plasmadas con el objetivo de replicar los resultados esperados. Lo anterior nos lleva al concepto de integridad el tratamiento, el cual es definido como el grado en el que los componentes esenciales de la intervención son aplicados de una manera sistemática y consistente por el terapeuta entrenado para desarrollar la intervención (Hagermoser & Kratochwill, 2008).

Para realizar las investigaciones de eficacia, fue preciso establecer un protocolo para operacionalizar cada tipo de tratamiento evaluado. De esta manera se desarrollan manuales explicando a detalle el tratamiento; estos manuales podrían ser utilizados por terapeutas en la clínica. Por otro lado, respecto a la adherencia, varias controversias actuales se relacionan con si conviene una mayor adherencia al manual o un tratamiento más individualizado y menos adherido al protocolo (Persons 1991; Eifert, Schulte, Zvolensky, Lejuez & Lau, 1997), y de qué formas se pueden mejorar los manuales para que sean más sensibles a otras variables relevantes, o para que permitan cierta flexibilidad del terapeuta.

Se han identificado diferencias importantes entre la investigación y la práctica clínica, que afectan la adherencia del terapeuta al manual, por ejemplo, los terapeutas que colaboran en las investigaciones son capacitados y supervisados por expertos en un enfoque de intervención en particular, en estos casos las sesiones generalmente son audio o video grabadas y las modificaciones al programa de intervención son registradas y discutidas entre el grupo de investigadores (Shaw, 1984; Dobson, Shaw, 1988).

A diferencia de los escenarios controlados, las intervenciones que se realizan en los escenarios clínicos, generalmente no son supervisadas sobre una estricta adherencia al programa descrito en el manual. Las diferencias contextuales importantes entre la investigación y la práctica han sido bien documentadas (Barlow, 1981; Barlow, Hayes & Nelson, 1984; Cordova & Koerner, 1993; Elliot, 1983; Persons, 1995; Strupp, 1986). La diferencia más significativa identificada en estos estudios es que los investigadores están primordialmente interesados en establecer generalizaciones mediante el estudio de una población muestra, mientras que los terapeutas clínicos están preocupados en entender y ayudar a individuos específicos (Addis, 1997).

Otro punto importante para considerar entre la transición del uso de manuales en escenarios de investigación a la práctica clínica son las características de los terapeutas, ya que también pueden reducir la adherencia a los manuales. Cuando se utiliza el manual de intervención en la investigación, es implementado por un profesional capacitado e instruido en la orientación teórica de donde se basa el programa de intervención; en la práctica clínica existe diversidad de orientaciones teóricas entre los profesionales de la salud, lo que puede provocar conflicto ya que algunos manuales, requieren intervenciones que impliquen un estilo terapéutico distinto al que están acostumbrados. Por ejemplo, muchos programas de intervención cognitivo-conductual requieren que el terapeuta active y dirija directamente al usuario hacia cambios específicos, tal estilo directivo puede resultar antiterapéutico para algunos clínicos, lo que pudiera derivar en utilizar estilos de intervención que les son más familiares para atender a la mayoría de los usuarios (Addis, 1997).

La adherencia al manual de intervención en los escenarios clínicos es deseable para lograr replicar la eficacia de los programas de intervención en la práctica, sin embargo, es un factor que debe ser evaluado cuidadosamente. Otro aspecto a considerar, es la habilidad terapéutica en el uso

de un manual; la integridad al tratamiento ha sido una característica que ha dado resultados exitosos en la investigación, sin embargo, la flexibilidad del terapeuta, también se considera una parte importante en la práctica basada en evidencia científica. La habilidad terapéutica en el uso de manuales de intervención, se encuentra entre la adherencia rigurosa e inflexible al procedimiento del manual, y la dependencia exclusiva en el juicio clínico (Wilson, 1995).

El siguiente punto a considerar para evaluar el manual de intervención como un medio eficaz de transferencia de conocimiento, es la estrategia por la cual los terapeutas son capacitados para aplicar los programas de intervención y utilizar el manual de tratamiento, así como las normas gubernamentales que se utilizan para aplicar las intervenciones breves en los escenarios clínicos del sector público. Considerando la situación de México, el consumo de sustancias se ha convertido en un problema que ha impactado no solo en el sector salud de la población, sino que presenta repercusiones en el sector familiar, laboral, económico y social. Por lo anterior en el año de 2007 el gobierno mexicano propuso la creación de instituciones de servicios de salud, encargados en la prevención y tratamiento del consumo de sustancias en lugares estratégicos de todo el país (CONADIC, 2010).

La Secretaría de Salud integró una amplia red especializada de 334 Unidades de Especialidad Médica de Adicciones en todo el país (UNEMES) denominados Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPAS), cuyo objetivo es brindar a la población un modelo de intervención temprana fundamentado en programas basados en evidencia científica, considerando la prevención y promoción de la salud así como tratamientos de intervención breve de calidad para usuarios que no cumplen con los criterios para ser considerados como dependientes a una sustancia, además brindar atención a las familias de los mismos. (CONADIC, 2010).

Los Centros de Atención Primaria en Adicciones cuentan con la atención de distintos especialistas, entre ellos psicólogos, quienes son los encargados de implementar los programas de intervención a los usuarios. La transferencia de estos tratamientos especializados a los terapeutas se ha realizado por medio de distintas estrategias, principalmente congresos, talleres, capacitaciones, cursos en línea y la publicación de manuales.

Debido a la apremiante necesidad de cubrir la demanda profesional de este tipo de servicio, las principales estrategias de diseminación de los programas de intervención se realizó por medio

de métodos de enseñanza con bajos tiempos de capacitación y un alto alcance a un mayor número de terapeutas. Entre estos métodos se distinguen los talleres y la capacitación en línea, y propiamente la publicación de los manuales de intervención de cada uno de los programas que se utilizan en los Centros.

Los talleres y capacitaciones presenciales son impartidas en cada Estado, siendo gestionadas por los Consejos Estatales contra las Adicciones, quienes se apoyan de un grupo de investigadores y especialistas de la UNAM y otras universidades, para ofrecer cursos de enseñanza-aprendizaje con elementos teórico-prácticos para que los terapeutas puedan atender de una manera eficaz a los usuarios de los Centros, así como la habilitación en el uso de los manuales de intervención como una herramienta para desarrollar los tratamientos de manera efectiva en los escenarios clínicos. Por otro lado la capacitación en línea (Especialización: Promoción de la Salud y Prevención del comportamiento adictivo, 2011) se encuentra a cargo de la Coordinación de Universidad Abierta y Educación a Distancia (CUAED) de la UNAM, con el objetivo de transferir los programas de detección temprana e intervención breve y la formación de profesionales de la salud en la atención psicológica de las adicciones basada en evidencia científica, a la vez, se fomenta la investigación aplicada sobre estos procedimientos.

La capacitación en línea, así como los talleres y las capacitaciones tradicionales que se imparten para los profesionales de los Centros de Atención Primaria en Adicciones, han permitido la transferencia de las intervenciones breves con evidencia científica hacia los escenarios clínicos de las instituciones de salud, con el propósito de que los usuarios puedan beneficiarse de las ventajas que ofrecen estos programas, así como de contar con tratamientos que han demostrado su efectividad empíricamente (NIDA, 2004). Parte indispensable de este proceso de transferencia lo constituye la publicación por medio de manuales de cada uno de los programas utilizados en los Centros, los cuáles fueron elegidos de acuerdo a las políticas de salud pública vigentes.

Sin embargo, estas estrategias de transferencia de conocimiento han presentado algunas limitantes, al observar su aplicación y utilidad en los escenarios clínicos. La mayoría de los terapeutas que laboran en los Centros de Atención Primaria en Adicciones se identifica a sí mismo dentro de una orientación teórica, lo que implica el uso de técnicas o herramientas específicas para atender a los usuarios; estas preferencias por orientaciones teóricas distintas a la postura cognitivo-

conductual, dentro de la cual se han desarrollado las intervenciones breves, genera un número considerable de terapeutas resistentes a dejar de utilizar las estrategias de intervención de su preferencia, para utilizar en forma íntegra un tratamiento basado en un manual (Backer, Liberman & Kuehnel, 1986). El uso de un manual de intervención puede considerarse como una restricción, cuando los usuarios que acuden a los Centros tienen múltiples problemas y requieren un tratamiento más flexible (Luborsky, 1993).

La normatividad por la que se rigen los CAPA del país, (NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones), obliga a los profesionales de la salud, a utilizar únicamente programas de intervención basados en evidencia científica para atender a los usuarios de los Centros, sin embargo, no se cuenta con la suficiente capacitación, supervisión y evaluación de la aplicación de los programas dentro de las instituciones. A pesar de que los manuales basados en la evidencia científica pueden reducir la flexibilidad del terapeuta para utilizar distintas técnicas, la adherencia que tenga el profesional al programa puede influir en alcanzar resultados exitosos, ya que poca o mucha adherencia al manual de intervención, bajo ciertas condiciones, puede incrementar o disminuir la eficacia de los programas.

Como se puede identificar en los párrafos anteriores, existen distintos factores que deben ser considerados para utilizar el manual de intervención como un medio efectivo para la transferencia de conocimiento. Si lo que se busca es que el manual sea una herramienta útil en los escenarios naturales y logre los resultados que se alcanzan en la investigación, es pertinente considerar acciones específicas para incrementar la adherencia al manual retomando la información de los profesionales de la salud acerca del éxito y de los problemas relacionados a las implementaciones de manuales de intervención en los escenarios clínicos.

La retroalimentación por parte de los terapeutas pueden integrarse a los contenidos y estructura de los manuales, de tal manera que esta información pueda incluirse en manuales pertinentes para los profesionales de la salud que laboran en los escenarios naturales. Lo anterior, puede ser útil para determinar qué tipo de información presente en los manuales de intervención de la investigación aplicada sirve al terapeuta, y que no sirve en los manuales de intervención al ser utilizados en la práctica.

A continuación, se revisarán los contenidos y estructura que presentan los manuales de intervención breve como el tercer aspecto relevante para evaluar al manual como un medio de transferencia efectivo, y se discutirán algunos hallazgos de la literatura sobre las ventajas y desventajas de éstos en su implementación dentro de los escenarios reales.

2.2 Estructura y contenido de los manuales de intervención

En este apartado se abordarán específicamente la estructura y contenido de los manuales de intervención como herramienta de transferencia, así como su función dentro de la terapia y se abordarán opiniones que han generado controversia al respecto de su uso como instrumento de un programa de intervención psicológico. Finalmente se integran algunos estudios donde se mencionan características útiles para evaluar los manuales de intervención desde el punto de vista del terapeuta.

Se considera que uno de los criterios más relevantes para determinar si un tratamiento se basa en la evidencia científica, y así asegurar su efectividad, es el que la intervención cuente con un manual claramente descrito y puesto a prueba (Vera-Villaruel, Valenzuela, Abarca y Ramos, 2005).

Chambless y Hollín (1998) reportan que los proyectos de investigación enfocados a la intervención para los cuales no fue escrito y seguido un manual de tratamiento son de limitada utilidad, puesto que no aportan información a su campo de conocimiento y los investigadores no pueden replicar una intervención que no está definida. A decir de estos autores, los manuales deben ser una descripción extensa de la intervención que los terapeutas están siguiendo y dependiendo del tipo de tratamiento que se está aplicando, deben contener esquemas de intervención sesión por sesión o describir principios básicos y fases del tratamiento con ejemplos de intervención. Es importante mencionar, que lo deseable es que los manuales de intervención sean complementados con entrenamiento y supervisión al aplicarse, y proveer una descripción clara y explícita de los tipos de técnicas y estrategias que constituyen la intervención.

Los manuales de intervención presentan distintas variaciones en su estructura y contenido, algunos hacen énfasis sobre las técnicas terapéuticas concretas (Barlow & Craske, 1988; Lewinsohn, Antonuccio, Steinmertz, & Teri, 1984) y otros presentan un elaborado modelo de intervención (Luborsky, 1984; Strupp & Binder, 1984); estas variaciones en los manuales, pueden hacerlos más útiles que otros, dependiendo del tratamiento específico y el contexto en que es utilizado.

Según Addis (1997), los manuales estructurados pueden ser más útiles para los usuarios que presentan problemas claramente definidos (por ejemplo, depresión, fobia, trastorno de pánico); manuales de intervención más flexibles resultan útiles cuando un usuario presenta múltiples problemas o comorbilidad de trastornos. Por lo que concluye que lo importante no es que el manual se encuentre muy estructurado, sino que los beneficios de diversos grados de estructura estén abiertos a la evaluación empírica en función del contexto clínico particular en la que se utiliza un tratamiento.

Otro punto interesante sobre los manuales de intervención en la práctica clínica son los contenidos, ¿qué información es pertinente y necesaria incluir en los manuales, y qué tipo de información no es de utilidad?, para abordar estos puntos se identificarán los contenidos que comparten la mayoría de los manuales de intervención.

Diversas investigaciones han identificado que una parte significativa de la variación en el resultado de los programas de intervención se puede atribuir a factores y técnicas comunes compartidas por los diferentes tratamientos (Ilardi & Craighead, 1994; Lambert & Bergin, 1994), tales como el rapport, la alianza terapéutica, la entrevista, la motivación al cambio, entre otros. Estos procesos terapéuticos son considerados como conocimientos previos que el terapeuta debe poseer al momento de utilizar un manual de intervención, por lo que pocas veces son consideradas especificaciones al respecto en los contenidos del manual, ya que se da mayor importancia a la teoría y técnicas que componen el programa de intervención.

Al no incluir una descripción detallada de este tipo de estrategias básicas en el manual, se está en el supuesto de que la mayoría de los profesionales de la salud saben cómo utilizar estas estrategias en una intervención psicológica, sin embargo, esto puede no ser cierto. Una ventaja de considerar este tipo de técnicas en los contenidos del manual, es que el terapeuta tiene definido

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cómo se espera que actúe en los diferentes momentos de la intervención, lo cual complementa la descripción específica de las técnicas especializadas que conforman el programa de intervención (Goldfried, 1991; Schaeffer, 1983).

Si se considera incluir las estrategias terapéuticas comunes (rapport, empatía, escucha activa, retroalimentación, etc.) en los manuales de intervención, se podría identificar si estas estrategias comunes con las técnicas específicas de la intervención contribuyen a mejorar los resultados de los programas en la práctica clínica, de igual manera, se da la posibilidad de evaluar la formación y competencia necesarias para las diferentes intervenciones, y en su caso, habilitar al terapeuta en estas estrategias.

Algunos autores indican que diferentes niveles y tipos de formación del terapeuta, pueden ser necesarios para alcanzar la efectividad en los tratamientos especializados (Goldfried, 1991; Schaeffer, 1983), por lo que sugieren que los manuales de intervención pueden mejorar su utilidad en la práctica clínica, si incluyen la descripción de las estrategias clínicas comunes, así como las técnicas específicas. La diferencia entre las técnicas y estrategias clínicas es que la primera describe conjuntos específicos de comportamientos del terapeuta basados en una teoría y modelo de intervención específico, mientras que el segundo se refiere a la integración de las técnicas y procesos interpersonales para lograr los objetivos terapéuticos específicos (Addis, 1997).

Se podría refutar incluir estas estrategias clínicas en los contenidos de los manuales de intervención, ya que estos procesos, generalmente son adquiridos y desarrollados por medio de la experiencia clínica y la formación académica del profesional, y dependen de la interacción real entre el terapeuta y el usuario. Sin embargo, esto no debe ser una limitante, ya que considerar describir estas habilidades clínicas, permiten al terapeuta conocer qué se espera que haga cuando por ejemplo se le pide ser empático, y al estandarizar el tipo de conducta, puede incrementar la eficacia. Otro punto a favor, es que si esta información está disponible al terapeuta, permitiría al investigador identificar los tipos de instrucciones o reglas que producen una terapia ineficaz. Integrar esta información a los manuales permitiría identificar las estrategias clínicas del terapeuta que producen en gran parte las variaciones en el resultado de los programas en los escenarios clínicos, y realizar estudios posteriores para conocer cómo funcionan, y por qué fallan (Addis, 1997; Strup & Anderson, 1997)

Actualmente la mayoría de los manuales de intervención se centran en describir el programa de tratamiento para trastornos específicos, debido a que son herramientas especializadas que suponen una capacitación y supervisión, dejando de lado las estrategias clínicas en el supuesto de que son la base de la formación profesional del terapeuta. Esta condición puede indicarnos dos caminos, el primero es incluir en un manual de intervención todas las estrategias clínicas básicas que son indispensables para aplicar los programas de tratamiento específicos, o bien, incluir en los programas de intervención especializados, las estrategias clínicas que son indispensables para lograr la efectividad del programa.

Por otra parte, el intento de estandarizar las habilidades clínicas comunes en los manuales de intervención no garantiza que sólo estas habilidades van a producir resultados positivos; un terapeuta hábil y efectivo, integra con éxito de los procesos básicos interpersonales y técnicas terapéuticas específicas (Schaeffer, 1983). Finalmente, ya sea que estas estrategias se consideren como una base para el trabajo de intervención, o como un requisito previo para utilizar un programa de intervención con evidencia empírica, las estrategias clínicas están relacionadas con los resultados de la intervención y por lo tanto se beneficiarían de ser especificadas y evaluadas en los manuales de intervención (Addis, 1997; Strup & Anderson, 1997)

Otro aspecto a considerar dentro de los contenidos, es la forma en que se presentan las sesiones que conforman el programa de intervención. La organización con la que se presente el flujo de la sesión (objetivo, materiales, actividades) representa una base que sirve como guía para el terapeuta; sin embargo, se recomienda la flexibilidad de las actividades y los tiempos a criterio del mismo, con base en el comportamiento del usuario, las peticiones de los pacientes, la observación de la dinámica durante la sesión, el avance terapéutico y la experiencia clínica personal del profesional encargado de implementar el tratamiento. Los manuales brindan reglas de decisión derivadas de un marco empírico, prescriben una secuencia estructurada de intervenciones de tratamiento, pero su flexibilidad se demuestra al permitir al terapeuta retrasar, acelerar o evitar ciertas técnicas dependiendo de las necesidades particulares del paciente y la respuesta que tenga ante el tratamiento (Eifert et al., 1997; Terence, 1998).

Una vez identificadas algunas características relevantes en cuanto a la estructura y contenido de los manuales de intervención, se abordan algunas críticas en cuanto a su utilidad y beneficios en los escenarios clínicos.

El uso de manuales de intervención psicológica ha provocado opiniones radicales sobre su utilidad (Addis, Wade & Hatgis, 1999; Garfield, 1996; Terence & Wilson, 1998; Kendall, 1998), los argumentos en contra defienden que los manuales provocan restricción del juicio profesional y autonomía. Por el contrario, los argumentos a favor describen el uso de manuales como una ayuda en el marco del tratamiento, que facilitan una intervención eficaz, en lugar de las prescripciones que se deben seguir sin alteraciones (Kazdin, 2009).

Los argumentos en contra del uso de manuales de intervención, difieren en la conceptualización de un manual de intervención y su manera de utilizarlo en relación a la terapia cognitivo-conductual de donde surgen los manuales. Desde estas posturas se afirma que los manuales de programas de tratamiento son herramientas caracterizadas por una rigidez a su protocolo, como recetas de cocina que se aplican sin tener en cuenta las particularidades de cada paciente.

Otro tipo de dificultades en el uso de un manual surgen cuando la estructura de una investigación, en este caso un programa de intervención, no corresponde a las necesidades de los profesionales, fundamentalmente en términos del tiempo que se necesita para implementar la innovación en comparación con la urgencia característica del trabajo clínico. Éste tipo de obstáculos también se identifican en términos de la complejidad para comprender los contenidos teórico-metodológicos del tratamiento, la dificultad para usar los materiales que se utilizan en su implementación, y de manera general las limitaciones para seguir el programa de tratamiento de manera íntegra con el objetivo de conseguir los resultados esperados. Los manuales también han sido acusados de promover una práctica ecléctica, ya que se considera que los manuales son instrumentos que potencialmente codifican un conjunto estancado de las técnicas de tratamiento aceptables (Dobson y Shaw, 1988; Wilson, 1998).

Las críticas hacia los manuales de intervención se enfocan principalmente en la inevitable diversidad de clientes en la práctica clínica, y los posibles efectos negativos de aplicar un tratamiento de intervención basado en un rígido procedimiento de paso por paso (Addis, 1997). La

resistencia de los terapeutas a los manuales se ha caracterizado por muchas de las razones anteriores (Addis, 1997; Craighead y Craighead, 1998; Kendall, 1998).

El uso del manual de intervención ha permitido la especificidad y validez interna en los resultados de los estudios en psicología de la salud. Actualmente, nuestro país ha generado políticas y estrategias de salud mental basados en la evidencia científica, por lo tanto los manuales de intervención pueden convertirse en uno de los principales medios de transferencia para la difusión de las intervenciones eficaces. Sin embargo, como se detalló a lo largo del capítulo, existen diversos puntos referentes a la eficacia y la adherencia del profesional de la salud que deben ser considerados antes de adoptar a los manuales de intervención como el puente primario entre la investigación a la práctica clínica.

El contexto de la práctica clínica implica mucha más libertad profesional que el contexto de la investigación controlada. Debido a esto, la adherencia del terapeuta al programa de intervención no está garantizada. Como con cualquier innovación en el área de la salud, los manuales de intervención deben ser evaluados empíricamente en términos de efectividad y los resultados finales que producen. Todas estas consideraciones implican una inversión significativa para continuar en la mejora y evaluación de los manuales de intervención en los escenarios clínicos.

Desde una visión positiva, los manuales han permitido estandarizar técnicas terapéuticas, discriminar entre distintos enfoques teóricos, y evaluar la adherencia y eficacia con la cual los programas de intervención son implementados en un ensayo clínico controlado (Waltz et al., 1993). Los manuales también pueden proporcionar un marco teórico para el tratamiento, ejemplos de casos y descripciones concretas de técnicas terapéuticas (Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984; Luborsky, 1984; Strupp & Binder, 1984).

En los países donde se promueve utilizar programas de intervención con evidencia científica, las autoridades gubernamentales y de salud pública, son optimistas en cuanto al uso de este tipo de tratamientos (basados únicamente en el manual), ya que reducirán los tiempos de intervención y obtendrán costos eficientes en los servicios de salud mental (American Psychiatric Association, 1996). Otra de las ventajas de utilizar manuales de intervención, es que se tiene la certeza de la eficacia del tratamiento implementado basado en la evidencia científica, una menor

dependencia intuitiva al juicio clínico, y mayor facilidad en la formación y supervisión de profesionales de la salud en estrategias y técnicas especializadas de intervención (Wilson, 1998).

Podemos concluir que el uso de manuales de intervención basados en evidencia científica en la práctica clínica, provee de mayores beneficios y muestra ventajas importantes en comparación con intervenciones psicológicas derivadas del juicio clínico y experiencia del profesional de la salud. Aportan un sustento teórico-empírico al proceso de intervención psicológica, mejoran la eficacia clínica y la comprensión teórica de los mecanismos de cambio en la terapia. Los manuales de intervención proporcionan un medio fundamental para incrementar la transferencia de los programas de intervención eficaces y facilitan la ampliación de un mayor número de profesionales de la salud capacitados para proporcionar un tratamiento eficaz.

A pesar de las ventajas en el uso de manuales de programas de intervención basados en evidencia científica, la transferencia de estos programas de la investigación a los escenarios reales para la atención de los usuarios, no ha sido sencilla, y esto se debe a distintos obstáculos o barreras que se presentan a lo largo del proceso de transferencia de conocimiento. Las barreras para la adopción de los programas se presentan en las distintas etapas del proceso, a continuación se abordan específicamente las barreras en el uso de manuales de intervención breve dando un mayor énfasis en las barreras del terapeuta para la adopción y uso de los manuales.

3. BARRERAS EN EL USO DE MANUALES DE INTERVENCIÓN BREVE PARA EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES

3.1 Las barreras del terapeuta para la adopción de Programas de Intervención Breve con evidencia científica

El proceso social para establecer la innovación científica en un escenario natural, requiere de cambios en los sistemas sociales y las actitudes humanas, los conocimientos, las habilidades y los instrumentos físicos que se incorporan a la implementación de la nueva tecnología. Todos estos factores se interrelacionan en el proceso de transferencia de conocimiento, pero si se quiere tener éxito en la estrategia, es indispensable encontrar los medios para superar las etapas críticas que ofrecen mayor resistencia al cambio (Rogers, 1995).

Una innovación científica transferida a otro campo de acción (por ejemplo de un escenario de investigación controlado, al escenario en la práctica clínica) encuentra resistencia al cambio. Adoptar una nueva idea, aun cuando posea obvias ventajas, es frecuentemente difícil. Muchas innovaciones requieren un largo periodo, desde que están disponibles hasta que son plenamente adoptadas. (Maksabedian, 1980; Rogers, 1995).

Estos factores que interfieren en el proceso de transferencia y que también provocan que éste falle son las barreras. “Las barreras son obstáculos de diversa índole que no permiten la comunicación entre los investigadores y los usuarios y, por ende, impiden que las innovaciones se adopten” (Ayala, 2001).

La explicación teórica del proceso de TC no es tan simple cuando se observa en el ámbito de la práctica profesional. Cada proceso transferencia de conocimiento se enfrenta a distintas barreras, las cuales pueden ser generalizadas de la siguiente manera: barreras del investigador, barreras institucionales, barreras del usuario y barreras de la propia tecnología (Rodríguez, 1989; Ayala, 2001; Martínez & Medina-Mora, 2013).

De manera resumida, podemos agrupar estas barreras a través de las siguientes categorías (Ayala, 2001):

- Barreras del investigador: desarrolla intervenciones eficaces y metodologías rigurosas para probarlas, que resultan complejas para manejarlas y aplicarlas en el campo clínico.
- Barreras institucionales: son las que impiden el cambio de las políticas de salud, como la falta de apoyo a ciertas innovaciones.
- Barreras de la propia tecnología: son las que surgen cuando la estructura de una investigación no corresponde a las necesidades de los usuarios, fundamentalmente en términos del tiempo que se necesita para realizar la primera en comparación con la urgencia característica del trabajo clínico.
- Barreras del terapeuta: los clínicos se interesan en identificar las intervenciones efectivas para sus clientes, basados en su experiencia y a la vez están comprometidos con las funciones administrativas dictadas por la dependencia en que laboran que dan pauta al tipo de intervenciones que pueden ofrecer.

En este documento, se abordará el estudio de la última clasificación, las barreras del terapeuta, enfocándose al análisis y evaluación de las características y utilidad de los programas de intervención breve con evidencia científica en los escenarios clínicos, así mismo se identifican las características sociodemográficas asociadas al profesional de la salud que influyan en su decisión de utilizar prácticas basadas en evidencia científica por medio del uso de manuales de intervención.

Durante las últimas décadas se ha generado una discusión importante sobre la conveniencia y viabilidad de utilizar programas de intervención con evidencia científica en la práctica clínica. La mayor parte de los puntos en este debate se ha enfocado a resaltar las fortalezas o debilidades de los programas basados en evidencia, así como las diferencias entre los escenarios controlados y la práctica clínica; se ha prestado poca atención a identificar y solucionar las preocupaciones y limitaciones reales de los terapeutas en los escenarios naturales sobre el proceso de transferencia y uso de los manuales en su práctica (Addis, Wade & Hatgis, 1999).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Para abordar las principales barreras de los profesionales de la salud sobre el uso de programas de intervención basados en evidencia, se considerarán las limitantes más comunes con base en los estudios disponibles (Martínez & Medina-Mora, 2013; Reyes, 2012), así como en la experiencia con la capacitación y supervisión de los terapeutas que los utilizan (Martínez & Medina-Mora, 2013).

Anteriormente se consideraba a los profesionales de la salud como consumidores activos de las innovaciones científicas, se esperaba que mostraran interés en permanecer actualizados sobre lo relacionado a su práctica profesional, además dedicaran tiempo y esfuerzo para entender las implicaciones clínicas de los nuevos descubrimientos de la investigación en salud. Se asumía a partir de esta visión que cuando los terapeutas encuentran información que sugiere el beneficio de cambiar su práctica actual, ellos están dispuestos a hacerlo. (Alcántara, 2007)

Dentro de este paradigma tradicional, la transferencia de conocimiento sólo consistiría en poner la información precisa en manos de los terapeutas de una manera oportuna, la investigación y la práctica se retroalimentarían haciendo a un lado la brecha entre ellas. Actualmente, debido a la deficiente respuesta de los proveedores de salud para adoptar y aplicar los programas de intervención con evidencia científica, los investigadores cuestionaron la pertinencia del paradigma tradicional y se generó una perspectiva alternativa del comportamiento de los terapeutas dentro del proceso de toma de decisiones en cuanto al tratamiento a emplear. (Fisher & Mazur, 1997; Breckler, 2006; Santoyo, 2012).

Los investigadores que desean promover el uso de tratamientos derivados del ámbito experimental, deben trabajar para entender el contexto en dónde se llevará a cabo la aplicación del mismo, a fin de crear y poner en marcha estrategias sistemáticas que incrementen una transferencia exitosa de la innovación (Martin , Martínez & Martín, 2007). Aunado a los esfuerzos y estrategias que implemente el investigador, uno de los roles principales dentro del proceso de transferencia de conocimiento de programas de intervención lo ejecutan los terapeutas clínicos, pues son ellos quienes llevarán la aplicación del programa de intervención al escenario natural. Por lo tanto, desempeñan el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

papel de adoptantes o receptores en el proceso de la transferencia, además son ellos mismos quienes tienen la decisión de adoptar o no una innovación científica.

El uso de un programa de intervención basado en evidencia científica, no es una cuestión teórica o un debate empírico para los profesionales (Addis, Wade & Hatgis, 1999), es una habilidad teórico-metodológica, y como tal, implica modificaciones en las actitudes y sentimientos sobre la autonomía, competencia y autoeficacia percibida respecto a los manuales de intervención al ejecutar el tratamiento en los escenarios clínicos. Por ejemplo, si en la literatura un programa de intervención breve reporta de un 80-90% de efectividad en los pacientes donde fue aplicado, esta información puede ser reconfortante para el terapeuta si decide utilizar el programa, pero a la vez puede intimidar a otro profesional, quien a través de su experiencia, realiza intervenciones que no alcanzan una efectividad tan alta en sus pacientes.

Parte de habilitarse en el uso de programas basados en evidencia, implica la modificación en la competencia y formación profesional previa del terapeuta, ya que debe reorientarse a utilizar un protocolo estructurado, sistemático y ordenado, dejando de lado la práctica fundamentada en la experiencia, flexibilidad y eclecticismo que se promueve desde la formación en los estudios de licenciatura.

Para lograr la modificación en las actitudes del terapeuta respecto a los programas basados en evidencia científica, no basta con motivar al adoptante argumentando sobre las ventajas de utilizar las intervenciones en su práctica, en ocasiones esta estrategia ha resultado contraproducente; el punto es que la mayoría de los terapeutas, a pesar de conocer los beneficios de la práctica basada en evidencia, no decide utilizarla y tiene una razón significativa para hacerlo: el contexto donde se realiza la intervención clínica representa una barrera importante para la aplicación de los programas.

En México, a partir del año 2006, los profesionales de la salud que laboran en los Centros de Atención Primaria en Adicciones, se rigen bajo la política pública de ofrecer intervenciones costo-efectivas, además, al pertenecer a una institución pública, están obligados a rendir cuentas sobre el total de pacientes atendidos, así como la eficacia de la institución para resolver los problemas de salud en cuestión de adicciones. En el contexto

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

económico y político actual, los programas de intervención breve han sido impuestos por el gobierno, debido a que dichos tratamientos han demostrado eficacia en sus resultados; la decisión de utilizarlos es parte de la estrategia nacional que rige los Centro de Atención Primaria en Adicciones y no proviene de los propios terapeutas. Por lo tanto el uso de estos programas, en estos escenarios clínicos, proviene de un elemento secundario al profesional, y no de una decisión basada en los méritos y beneficios que percibe el terapeuta de la práctica basada en evidencia.

En la práctica terapéutica tradicional, principalmente en los consultorios privados, los tratamientos son diversos y combinados, los usuarios pueden elegir acudir o no a los tratamientos. Los terapeutas son libres de elegir el tratamiento que prefieran e implementar intervenciones según su experiencia clínica. La población es diversa, los problemas complejos y muchas problemáticas tienen pocos datos disponibles, lo que dificulta contar con una guía para un tratamiento efectivo. Es poco común que los terapeutas tanto del ámbito público como privado, así como los directivos encargados de las instituciones busquen innovaciones u opciones diferentes para optimizar sus recursos y emplear programas de intervención más actuales o que garanticen una mayor efectividad.

La falta de consciencia de los nuevos descubrimientos obviamente mina cualquier esperanza de incorporarlos a la práctica. Dentro del campo de las adicciones, no es sorpresivo que esto sea un problema dado que la investigación y la práctica utilizan diferentes fuentes de información. Este problema no se soluciona con exhortar a los terapeutas a informarse más en la literatura de la investigación o apresurar a los investigadores a publicar más en la literatura que suelen leer los terapeutas. Ciertamente la mayor parte de los investigadores y terapeutas quieren hacer esto, pero enfrentan ciertos problemas. Las barreras que suelen citar los terapeutas son presiones de tiempo y distracciones de los encargados y la necesidad de incentivos adicionales para leer la literatura de los investigadores (Archer, 1991). Así mismo los terapeutas expresan dificultad para comprender el lenguaje de los manuales de intervención basados en evidencia científica y adaptar las técnicas propuestas dentro de su trabajo terapéutico, además que en ocasiones los programas no son compatibles con la problemática y características de los usuarios que se atienden.

Por otro lado, también se presentan fallas en la metodología con la que se pretende realizar la transferencia, existen distintos métodos para transferir el conocimiento, ya sea por talleres, capacitaciones, diplomados, manuales, los cuales si no son planeados y organizados acorde a las necesidades de la población y el interés de los sujetos que reciben la innovación, pueden no ser efectivos para llegar al objetivo que se busca.

Como se mencionó en el capítulo primero, se parte del modelo de TC de la Comunicación (Doheny-Farina, 1992) para identificar las barreras en los manuales como principal medio de transferencia de conocimiento. En este modelo de transferencia, basado en la comunicación bilateral entre los investigadores de los escenarios controlados y los profesionales de la salud de los escenarios clínicos, se contempla a los terapeutas, como profesionistas que tienden a colaborar en la generación de conocimiento útil a la investigación aplicada, resuelven problemas y toman decisiones en el ejercicio práctico a través del uso de estrategias que les han resultado efectivas con base en su experiencia y el sustento científico.

3.2 Las barreras en el uso del manual de intervención en los terapeutas clínicos

La práctica basada en evidencia científica para el tratamiento de adicciones, es un objetivo que provee de beneficios tanto a los usuarios como a los profesionales de la salud. Aunque los manuales de intervención no son sinónimo de práctica basada en evidencia, proporcionan un medio adecuado para utilizar programas de intervención eficaces en escenarios clínicos.

La cuestión es ¿cuáles son las barreras en el uso de estos tratamientos, y por qué surgen estas dificultades en los profesionales de la salud?, es decir, ¿cuáles son las variables que hacen de los manuales un medio más práctico, psicológico y sistémico que favorecen la capacidad de un terapeuta para utilizar un manual de intervención en su ejercicio clínico?

Los manuales de tratamiento son una de las más importantes innovaciones en la práctica de la psicoterapia de las últimas décadas (Addis, 1997), sin embargo, existe poca exploración de qué opinan los terapeutas actualmente acerca de su utilidad y uso.

La idea detrás de los manuales de intervención es que mediante la especificación de la teoría y técnicas de un tratamiento en forma escrita, los manuales pueden inspirar a los terapeutas hacia el uso de una gama más amplia de intervenciones, estandarizar el entrenamiento y aplicación de programas e incrementar la validez interna de los estudios de investigación (Binder, 1993; Dobson & Shaw, 1988; Luborsky & DeRubeis, 1984; Wilson, 1998). La cantidad de manuales disponibles para los terapeutas está proliferando un gran interés y los intentos de validar empíricamente estos manuales, también han aumentado (Najavits, Weiss, Shaw & Dierberger, 1998). El uso de los manuales ha puesto de manifiesto importantes cuestiones relacionadas con el tratamiento, tales como la distinción entre la adherencia y la competencia del terapeuta y el concepto de pureza de técnicas (Luborsky & DeRubeis, 1984).

Con el objetivo de explorar la evaluación u opinión de los profesionales de la salud sobre los manuales, se pueden identificar algunas cuestiones que permitan indagar sobre los objetivos y el alcance de los manuales que los terapeutas utilizan, cuáles de los componentes de los manuales encuentran como más y menos útiles, sus percepciones sobre controversias acerca de los manuales en la literatura, y su reacción a las escalas de integridad.

Una investigación en Estados Unidos, evaluó la opinión de terapeutas cognitivo-conductuales sobre los manuales (Najavits et al., 2000) se elaboró una encuesta basada en tres componentes: (a) en general su respuesta (adopción) a los manuales de tratamiento y escalas de adherencia (por ejemplo, cuántos manuales han leído, cuanto les gustan los manuales y escalas de adherencia, el listado de los manuales de favoritos, opiniones sobre puntos clave de controversias sobre los manuales), (b) el manual ideal (punto de vista sobre 20 componentes de los manuales); y (c) las variables demográficas del terapeuta (por ejemplo, la edad) . En general este estudio arrojó una percepción positiva respecto al uso de manuales, con poca crítica negativa de ellos. Los resultados de este estudio indican algunas posibles limitaciones en cuanto a los resultados obtenidos, pues la muestra fue únicamente de terapeutas cognitivo-conductuales, posiblemente los terapeutas de otras orientaciones teóricas pueden expresar opiniones diferentes. Por otra parte, los terapeutas que no les gusta el uso de manuales pueden haber optado por no participar en esta encuesta.

El uso de manuales de tratamiento se ha vuelto cada vez más extendido en el ámbito de la enseñanza y la práctica de la psicoterapia. Gran parte de este proceso ha ocurrido de manera ascendente a descendente - desde los escritores que proporcionan los manuales que diseñaron, los investigadores que necesitan saber que un determinado tratamiento que se está estudiando o utilizando sea debidamente aplicado, o de las instituciones de salud que quieren tener la seguridad de que un tratamiento para los que se está pagando, en efecto se llevó a cabo como se esperaba.

Se considera viable la utilización de manuales de intervención con evidencia científica como medio para fortalecer la efectividad y replicabilidad de los estudios, siempre y cuando se tome en consideración la variabilidad del paciente y de los grupos, y se continúen readaptando los procedimientos para los problemas y circunstancias específicas de cada paciente; es decir, que se adapte la intervención al usuario y no el usuario a la intervención (Addis, 1997).

Las limitantes que describen los terapeutas incluyen: los efectos de la relación terapéutica; las necesidades del cliente que no quedan cubiertas; la restricción de innovar o adaptar la intervención clínica; la capacitación y satisfacción laboral al utilizar los manuales; la eficacia y efectividad del tratamiento (Addis, Wade & Hatgis, 1999; Martínez & Medina-Mora, 2013).

Una de las barreras identificadas por los terapeutas, es que no es posible desarrollar una relación terapéutica eficaz durante el uso de un manual de intervención. Existen distintas consideraciones al respecto sobre este tema; una de ellas es el supuesto generalizado de que la aplicación de una intervención basada en el uso de un manual requiere abandonar la capacitación de habilidades como el rapport, entrevista, empatía, escucha activa y otras habilidades definidas que en conjunto constituyen un estilo terapéutico motivacional. En una Encuesta Nacional sobre Actitudes del Psicólogo hacia los manuales de intervención (Addis & Krasnow, 2000) se reportó que el 45% de los terapeutas estuvo de acuerdo con la afirmación, “los manuales de intervención hacen demasiado énfasis en las técnicas terapéuticas”, y el 33% respondió que “el uso de manuales de intervención resta valor a la autenticidad de la relación terapéutica. Otros

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

estudios empíricos sugieren que una rígida adherencia al protocolo de un manual, puede generar tensión en la relación terapéutica, lo cual se asocia con resultados deficientes en la terapia cognitivo conductual (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, y Hayes, 1996). En Bloomington, Indiana, en un centro de salud mental comunitario, se evaluaron las calificaciones de los pacientes sobre su relación terapéutica para las intervenciones que se realizaron utilizando un manual de intervención, siendo superiores en comparación con las calificaciones de programas que se ofrecen con un tratamiento habitual; estos datos sugieren que los pacientes y terapeutas que participan en intervenciones basadas en evidencia en la práctica clínica, pueden formar alianzas terapéuticas fuertes.

A pesar que la relación terapéutica es importante en la aplicación de un manual de intervención, no es el principal mecanismo de cambio (Carroll, Nich y Rounsaville, Gordon, Wirtz & Gawin, 1994), sin embargo, habilitar al terapeuta para que construya una fuerte alianza con el usuario, puede facilitar la participación del paciente en la aplicación del tratamiento y aumentar la probabilidad de que las técnicas específicas sean eficaces.

Otra de las barreras mencionadas por los profesionales de la salud, es que el uso de un manual de intervención impide aplicar un programa a la medida para cubrir las necesidades del paciente. Existen distintas consideraciones al respecto, una de ellas es que el manual de intervención ignora las diferencias individuales del paciente. En la literatura no se encontraron datos empíricos que demuestren que las necesidades individuales de los pacientes no son consideradas en los tratamientos basados en el uso de un manual, al contrario, la adaptación de los tratamientos con evidencia científica a las necesidades individuales de los pacientes es muy importante (Martínez & Medina-Mora, 2013). Por ejemplo, en el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que consumen alcohol y drogas (Martínez, et. al, 2005), se trabaja con las situaciones de consumo de cada adolescente, así como su metas de vida, elaborando estrategias de afrontamiento basadas en sus características individuales. El uso de un manual de intervención en la práctica clínica, requiere un delicado equilibrio entre la flexibilidad del terapeuta y el cuidado a la integridad del tratamiento (Addis, et al., 1999). El logro de un equilibrio entre la flexibilidad y la integridad al tratamiento puede ser sencillo para los terapeutas experimentados, capacitadores e investigadores, pero muchos profesionales del ámbito

clínico, necesitan orientación en esta área; experiencias en talleres y capacitaciones, además de integrar en el manual de intervención ejemplos sobre la flexibilidad y la adherencia a los protocolos de la sesión, pueden favorecer el proceso de transferencia de conocimiento.

Otra de las barreras identificadas en la literatura sobre el uso de manuales, es que los manuales de intervención no satisfacen las necesidades de los clientes que presentan múltiples diagnósticos. Existen pocos datos que abordan esta limitación sobre los manuales, lo que se ha encontrado al respecto, es que los programas de intervención pueden ser igualmente eficaces para los pacientes, ya sea con uno o múltiples diagnósticos, siempre y cuando los resultados se midan en términos de la problemática en la cual se aplicó la intervención. Algunos estudios reportan que los efectos positivos de un tratamiento, se generalizan a otras áreas problemáticas del paciente (Addis, Wade & Hatgis 1999; Lehman, Brown & Barlow, 1998; Borkove, Abel & Newman, 1995). Se requiere más investigación sobre la eficacia de los manuales de intervención en poblaciones con comorbilidad, además, es necesario comprender por qué a los terapeutas les preocupa que los programas basados en evidencia científica no sean efectivos para los clientes con múltiples diagnósticos. En algunos estudios (Addis, Wade & Hatgis, 1999) se ha identificado que los terapeutas manifiestan esta limitante, ya que se sienten abrumados por la variedad de problemas que refiere un paciente, por lo que los investigadores requieren comprender las dificultades que implica el mantenimiento de un enfoque terapéutico cuando se atiende a población con comorbilidad en los escenarios naturales. El punto importante es generar investigación sobre estos temas, no simplemente afirmar que un programa que ha probado su efectividad es adecuado para usuarios con múltiples diagnósticos.

Los terapeutas también refieren como una barrera, el supuesto de que los manuales de intervención ignoran las emociones y sentimientos de los pacientes. Al respecto se puede argumentar que la identificación y experimentación de emociones son componentes fundamentales de los programas de intervención. Muchos de los programas para el tratamiento de adicciones se basan en la identificación de las conductas y situaciones de riesgo de consumo, en donde se promueve tomar conciencia de las emociones en la forma de cambios de humor que sirven como guías para la reestructuración cognitiva. Dado el papel central de las emociones en los tratamientos basados en evidencia científica, es

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sorprendente que los terapeutas estén preocupados de que los manuales de intervención no dedican tiempo suficiente para explorar y validar los sentimientos del paciente; esta limitante puede solucionarse si se le proporciona la información teórica explícita sobre la importancia de las emociones y sentimientos en el programa de intervención.

Se han identificado barreras lingüísticas entre los investigadores que elaboran los manuales de intervención y los profesionales de la salud, a su vez, esta barrera se extiende hasta la aplicación del programa con los pacientes. El vocabulario técnico puede ser incompatible con la exploración de los sentimientos y pensamientos de los usuarios, ya que estos pueden presentar un nivel de escolaridad más bajo, trastornos neurológicos o diferentes niveles cognitivos. Respecto a los terapeutas, la diferente formación en la orientación psicológica, puede generar dificultades para comprender los términos y tecnicismos utilizados en el manual.

Una de las barreras más importantes es la percepción del terapeuta respecto a su habilidad para aprender y aplicar con éxito los manuales de intervención con evidencia científica. Esta percepción puede ser influida de manera negativa, si existe presión laboral por aplicar un manual para el cuál no fue debidamente capacitado, además si se le exige aplicar este tipo de intervención como un criterio para acceder a una institución de salud. Así mismo, la presión puede incrementarse si el terapeuta es evaluado y supervisado durante sus sesiones, y no se le retroalimenta para incrementar su autoeficacia.

Otro aspecto importante que puede considerarse una barrera en el uso de manuales de intervención en los escenarios clínicos, es la satisfacción por el tipo de intervención realizado. Algunos terapeutas pueden percibir el manual como poco creativo, limitante, aburrido e insatisfactorio. Los datos empíricos sobre la satisfacción del terapeuta al aplicar este tipo de programas, la confianza y el nivel de habilidad con respecto al uso de un manual de tratamiento son muy limitados. En la Universidad de Clark, Massachusetts (1999), se realizó un estudio para examinar los procesos y resultados de la capacitación de terapeutas a nivel maestría sobre programas de intervención basados en evidencia científica. Los terapeutas reportaron altos niveles de satisfacción con la capacitación, ya que manifestaron que tienen una formación de calidad para el tratamiento de sus pacientes,

así mismo se consideran eficaces para aplicar el programa de intervención. Existe una notable necesidad de investigar más sobre la satisfacción profesional y comodidad de utilizar manuales de intervención en los escenarios clínicos.

Para superar las barreras del terapeuta en el uso de manuales de intervención, se deben considerar las futuras directrices que ayudarán a facilitar la implementación de estos tratamientos en los escenarios clínicos. En algunos casos, se requiere realizar estudios empíricos para analizar el fenómeno; en otras situaciones, es pertinente abrir el diálogo entre los investigadores y los profesionales. En todas las barreras que se presentan, el tema central es la necesidad de evaluar las actitudes, limitantes, experiencias y contextos laborales de los terapeutas en donde se pretende aplicar manuales de intervención basados en evidencia científica.

Por lo anterior, resulta útil indagar e identificar las barreras en el uso de manuales utilizados en la práctica clínica que dificultan a los profesionales de la salud la aplicación adecuada del programa en cada una de sus sesiones de tal manera que se generen estrategias efectivas y concretas para superar dichas limitaciones durante el proceso de transferencia sin sacrificar los fundamentos teóricos-empírico, logrando mantener la efectividad del programa durante el tratamiento.

4. OBJETIVO GENERAL

Describir las principales barreras del terapeuta en el uso de manuales de intervención breve para el tratamiento de adicciones, y una vez identificadas proponer estrategias para solucionar estas limitantes.

4.1. Objetivos específicos

- Desarrollar y validar un instrumento de evaluación que permita la identificación de la percepción de los profesionales de la salud acerca del uso de manuales de intervención breve.
- Identificar la percepción de los terapeutas acerca de la definición y uso de manuales de intervención breve para el tratamiento de adicciones.
- Analizar las variables sociodemográficas del terapeuta asociadas a las barreras en el uso de manuales de intervención breve.
- Identificar la percepción de los terapeutas sobre el contenido de los manuales de intervención breve para el tratamiento de adicciones.
- Identificar y analizar las estrategias para la elaboración de manuales de intervención breve que favorezcan el proceso de transferencia de conocimiento y consideren las necesidades de los adoptantes en los escenarios clínicos.

5. MÉTODO

5.1 Diseño de la investigación

La investigación se desarrolló por medio de un estudio de tipo transeccional descriptivo y no experimental, de corte cuantitativo de acuerdo a García (2009).

Un estudio se considera transeccional descriptivo cuando busca describir situaciones y eventos, pretende identificar características (actitudes, formas de razonamiento, opiniones, entre otras) de un grupo de personas que pertenece a una determinada población, en un tiempo único; no intenta explicar relaciones, probar hipótesis o hacer predicciones (García, 2009). La investigación no experimental es investigación sistemática y empírica, en la que las variables independientes no se manipulan; las inferencias sobre las relaciones entre variables se observan en su contexto natural (Hernández, Fernández & Baptista 1991).

El estudio de las barreras en la transferencia del conocimiento para el tratamiento de adicciones, surge como una inquietud entre los investigadores para reducir las brechas existentes entre el conocimiento generado en la investigación aplicada y su implementación en los escenarios reales; sin embargo, la mayoría de las investigaciones sobre el tema, parten de un modelo de transferencia unidireccional en donde solo se considera la percepción del investigador respecto a las diferentes etapas de la diseminación, sin tomar en cuenta la opinión o las necesidades que se presentan en los adoptantes. Lo anterior, ha dado como resultado bajos índices de adopción de programas con validez científica por parte de los profesionales de la salud, y el estudio de las barreras desde este modelo, no ha logrado impactar significativamente incrementando el rango de adopción de programas de intervención breve con validez científica en los escenarios clínicos para el tratamiento de adicciones.

Investigar las barreras del terapeuta en la transferencia de conocimiento desde el Modelo de Comunicación (Doheny Farina, 1992) implica analizar las características y opiniones de los terapeutas respecto a su experiencia en el proceso de diseminación y adopción de programas de intervención con validez científica. El interés fundamental es identificar y describir las barreras en uno de los medios de difusión más utilizados, los

manuales de intervención breve, y por medio de una comunicación bidireccional con los profesionales de la salud, generar algunas estrategias que pudieran hacer de los manuales un medio más eficiente en la transferencia del conocimiento.

En este estudio se identificaron las barreras del terapeuta en el uso de manuales de intervención breve para el tratamiento de adicciones, en los terapeutas que laboran dentro de los Centros de Atención Primaria en Adicciones, se emplea el estudio descriptivo debido a que no se han encontrado estudios de este tipo en el contexto que atañe a esta investigación.

5.2 Participantes

Participaron 112 terapeutas elegidos por conveniencia que estaban inscritos en la especialidad “Promoción de la salud y prevención del comportamiento adictivo” (CUAED UNAM) y laboran en los Centros de Atención Primaria en Adicciones. Se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- a) Licenciatura o Posgrado en Psicología.
- b) Mínimo tres meses de experiencia laborando en los Centros Nueva Vida
- c) Que utilicen dentro de sus terapias, programas de intervención breve con evidencia científica por medio de manuales

Los manuales de programas de intervención breve con evidencia científica han sido diseminados y transferidos, como parte de una estrategia de prevención gubernamental, dentro de los 334 Centros de Atención Primaria a las Adicciones, “Centros Nueva Vida” (CONADIC, 2009), con el propósito de dar una solución costo-efectiva al problema de las adicciones. Dentro de cada uno de los centros laboran dos o tres psicólogos, por lo que aproximadamente existen 900 terapeutas a nivel nacional laborando en estos escenarios.

Se decidió trabajar con una muestra de estos profesionales, debido a que es una población significativa de un escenario clínico, en donde se promueve utilizar manuales de intervención breve con validez científica.

El tamaño de la población evaluada se definió con base en la cantidad de profesionales de la salud inscritos dentro de la plataforma en línea, que participaron voluntariamente contestando el instrumento construido para obtener la información sobre las barreras en el uso de manuales.

5.3 Escenario

- Plataforma en línea de la Especialización Promoción de la Salud y Prevención del comportamiento adictivo. Capacitación en línea que tiene el objetivo de promover la especialización del profesional de la salud para atender y prevenir el comportamiento adictivo a través de la capacitación en programa de intervención con evidencia científica (CUAED UNAM).

5.4 Instrumentos

- Cuestionario de Percepción del Psicólogo hacia los Manuales de intervención breve (CPPM). Versión adaptada a terapeutas mexicanos.

5.5 Materiales y recursos

- Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales versión 20.0 (SPSS por sus siglas en inglés).
- Plataforma en Internet: Especialización Promoción de la Salud y Prevención del comportamiento adictivo para la captura y aplicación del cuestionario.
- Computadora con acceso a internet para contestar y reenviar el cuestionario.
- Manuales de los Programas de intervención breve con evidencia científica utilizados en los Centros de Atención para las Adicciones.

5.6 Procedimiento

El procedimiento de la investigación se realizó en dos etapas: la primera fue la adaptación del Cuestionario sobre la Percepción del Psicólogo sobre los Manuales de intervención en

tesis tesis tesis tesis tesis

terapeutas mexicanos; la segunda etapa consistió en la identificación y descripción de la percepción positiva o negativa de los terapeutas hacia los manuales de intervención, su uso y características, así como las limitantes que se presentan en su aplicación en escenarios clínicos. Los pasos de ambas etapas se describen a continuación:

La detección del problema de investigación se realizó por medio de la revisión de literatura acerca de las barreras en la transferencia del conocimiento, en el campo referente al tratamiento de adicciones, así como la referencia de los bajos rangos de adopción de programas con validez científica en los escenarios clínicos identificados en investigaciones relacionadas, y las dificultades expresadas por los terapeutas para adoptar estos programas y aplicarlos efectivamente dentro de los Centros de Atención Primaria en Adicciones.

Se hizo el diseño de investigación, a partir de un modelo de comunicación bidireccional en la transferencia del conocimiento, considerando a la población de terapeutas de los Centros Nueva Vida, como sujetos de estudio, ya que en ellos se puede observar e identificar las variables de interés, es decir, las barreras del terapeuta en el uso de manuales para el tratamiento de adicciones. Para obtener los datos sobre las opiniones y experiencias de los terapeutas respecto al uso de manuales de intervención breve, se realizó la adaptación de un cuestionario estadounidense, que mide las variables de interés del presente estudio

El instrumento adaptado tiene como objetivo conocer la percepción del terapeuta sobre los manuales de intervención breve; en la primera parte se incluye una ficha sociodemográfica para conocer aspectos sobre los terapeutas que utilizan estos manuales; en la segunda parte se les pregunta sobre su experiencia y utilidad de los manuales en los escenarios clínicos; la tercera parte es referente a la estructura, contenido y características de los manuales de intervención; finalmente se incluyeron interrogantes sobre las características del manual ideal, así como sus preferencias sobre los manuales de intervención que conocen.

Una vez obtenida la información por medio del cuestionario, se realizó un análisis estadístico para conocer los factores que se relacionan con una percepción positiva o negativa hacia los manuales, para posteriormente identificar con base en la literatura y estos

resultados, si los terapeutas presentan barreras hacia el uso de los manuales de intervención, y describir qué tipo de barreras. Finalmente se discuten posibles estrategias para superar estas limitantes y favorecer que el manual de intervención sea un instrumento útil en la transferencia de conocimiento de programas basados en evidencia científica en los escenarios clínicos.

5.6.1 Adaptación del Cuestionario de Percepción del Psicólogo hacia los Manuales de intervención breve (CPPM) en terapeutas mexicanos

El Cuestionario Practicing Psychologists' Attitudes Toward Psychotherapy Treatment Manuals (APTМ) (Addis & Krasnow, 2000), fue creado con el objetivo de examinar una gran muestra nacional de profesionales en cuanto a sus actitudes y creencias sobre el papel de los manuales de tratamiento en la práctica clínica. Se plantearon tres variables principales: en primer lugar, el significado o percepción de un manual de tratamiento en la psicoterapia; en segundo lugar, actitudes positivas y negativas hacia el papel de los manuales de tratamiento en la práctica clínica; y en tercer lugar, identificar las diferencias sociodemográficas que podrían estar asociados con las actitudes hacia los manuales de tratamiento. Para adaptar el APTМ se tomaron en cuenta las variables contextuales propias del objetivo del presente estudio, así como las variables culturales de los destinatarios, según los criterios descritos para este tipo de adaptación (Carretero-Dios & Pérez, 2005; Balluerka, Gorostiaga, Alonso & Haranburu, 2007), llevando a cabo la transformación de los ítems de la escala original mediante el método de traducción conocida en inglés como *back translation*. De esta manera, el procedimiento de adaptación quedó conformado por cuatro fases:

Fase 1. Traducción lingüística. Se realizó la traducción de los módulos del APTМ al español usando el método de traducción directa (*forward translation*). Como resultado de esta traducción se obtuvo una primera versión en español identificada con las siglas APTМ-ESP. Posteriormente se realizó una retro- traducción de la versión en español al inglés usando un método de traducción inverso (*back translation*). De esta manera se obtuvo una versión en inglés APTМ-ING para realizar el análisis de corrección y adaptación de significados entre ambos instrumentos.

Fase 2. Análisis de corrección y adaptación de significados. De acuerdo al método de *back translation*, en esta fase se verificó la consistencia del APTM-ING con el APTM a fin de validar y asegurar que la versión traducida refleja el mismo contenido de los ítems de la versión original.

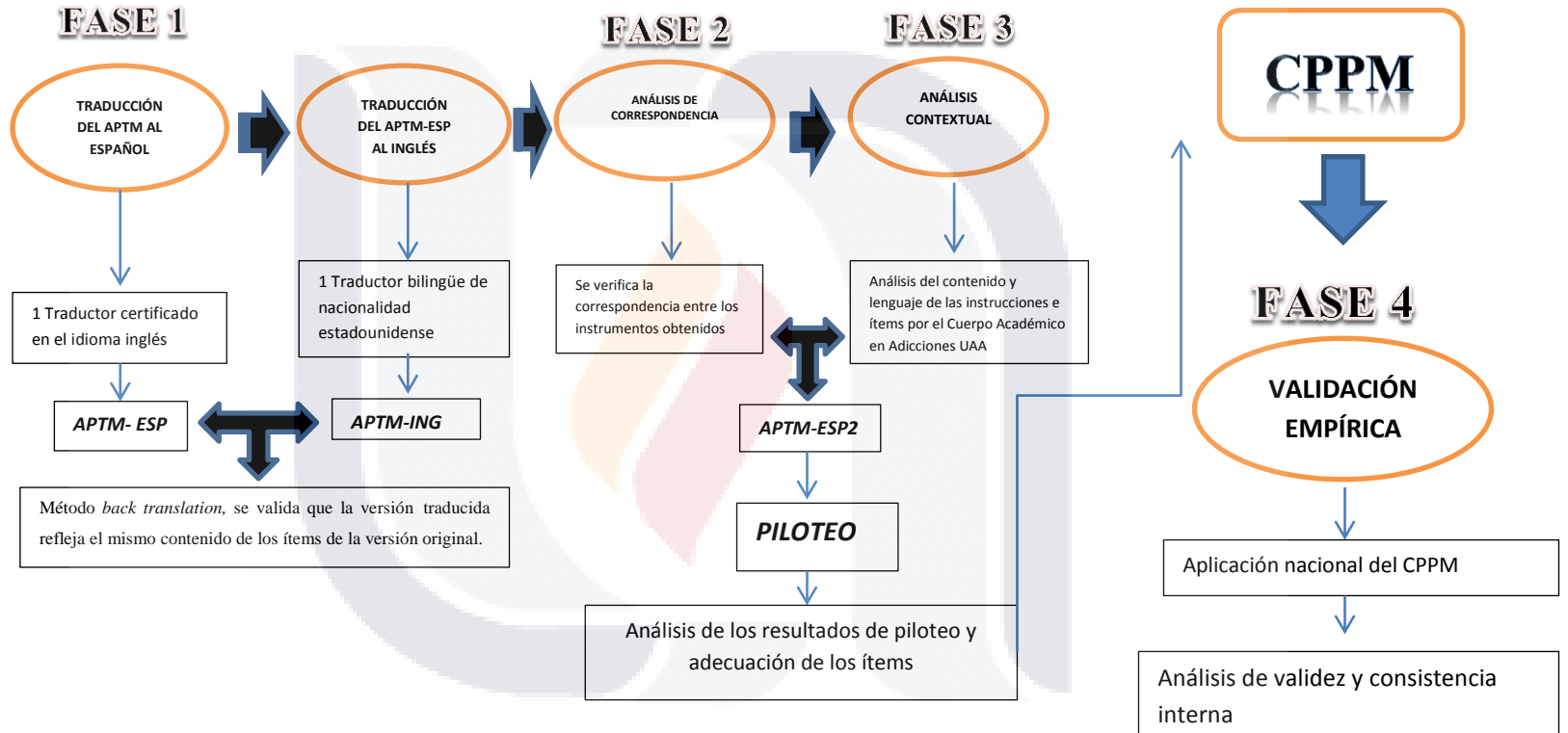
Fase 3. Análisis contextual y piloteo. Este análisis consistió en adaptar el lenguaje de los ítems, se consideraron las características culturales, académicas y contextuales de la población a evaluar, en este caso, a los Centros de Atención Primaria en Adicciones. El análisis contextual y cultural fue evaluado por dos expertos en el área de las adicciones, que poseen dominio del tema y conocimiento del servicio de atención para las adicciones en México. El resultado de este análisis quedó expresado en una nueva versión del instrumento, la cual se identificó como APTM-ESP2. Posteriormente se aplicó a una muestra piloto de 25 terapeutas, a los cuáles se les solicitó revisar el instrumento y reportar si las instrucciones e ítems eran comprensibles; como resultado se adecuaron algunas de las palabras modificándolas en función del contexto de la cultura mexicana y el lenguaje utilizado por estos terapeutas. El trabajo de análisis derivó en la versión CPPM.

Fase 4. Validación empírica. La versión final en español del CPPM se aplicó a una muestra nacional de terapeutas inscritos en la Especialidad en línea, se obtuvo la participación de 112 psicólogos para realizar el análisis de validez y confiabilidad estadística. Se administró la versión CPPM durante los meses de mayo, junio y julio del 2013, a terapeutas de los Centros Nueva Vida para realizar el análisis de validez y confiabilidad estadística, por medio de un análisis de factorial y de confiabilidad a través de la prueba Alfa de Cronbach.

Así el procedimiento de adaptación quedó conformado por cuatro fases (Figura 1) que se representan a continuación:

Figura 1.

Fases de adaptación del CPPM a los terapeutas mexicanos de los Centros de Atención para las Adicciones



Para la segunda etapa del estudio, la evaluación de la percepción del terapeuta sobre los manuales de intervención, se solicitó a la Universidad Autónoma de México, particularmente a la Coordinación de Centro de Prevención de Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez, el apoyo y autorización para utilizar la plataforma virtual de su capacitación en línea para subir el cuestionario. Una vez consolidado el medio virtual para contestar el cuestionario, se envió vía electrónica a los terapeutas de distintos Centros Nueva Vida de toda la República Mexicana, una invitación para participar en la investigación donde se explicó la finalidad y la importancia de su colaboración en el estudio; dentro de ese mismo correo electrónico se incluyó el link para acceder a contestar el cuestionario.

Después de obtener las respuestas de la muestra, se realizó el análisis estadístico de los resultados sobre las variables de estudio, para adquirir una percepción clara de los aspectos a considerar en la elaboración de manuales que faciliten la construcción de éstos, con el fin de proponer estrategias que coadyuvarán a mejorar los contenidos y estilos de los manuales de programas de intervención con validez científica, con el propósito de dar solución a las barreras presentes en este medio de transferencia de conocimiento y promover un mayor rango de adopción en los terapeutas.

También se buscó proporcionar información útil para la comunicación entre la investigación y la práctica clínica, de manera que se consideren las necesidades de los adoptantes en la adaptación y mejora de los manuales terapéuticos para el tratamiento de adicciones.

6. RESULTADOS

Los resultados se analizaron en dos etapas de acuerdo al diseño de la investigación: la primera corresponde al proceso de adaptación del cuestionario para evaluar la percepción del psicólogo sobre los manuales de intervención; la segunda etapa corresponde a la identificación y descripción de las percepciones sobre el uso de manuales en la práctica clínica y las posibles barreras que se presentan en su aplicación en los escenarios reales.

6.1 Adaptación del Cuestionario de Percepción del Psicólogo sobre los Manuales de intervención breve (CPPM). Resultados

Los resultados generados a partir de la fase de validación empírica ponen de manifiesto una adecuada adaptación del APTM en psicólogos mexicanos, la cual se denominó CPPM. El CPPM presenta una estructura similar al instrumento original, a continuación se presentan las semejanzas y modificaciones que se realizaron dentro de la Tabla 2:

Tabla 2. Ajuste de las características del CPPM con base en las fases de adaptación	
SEMEJANZAS	
Características	OBSERVACIONES
<i>Escala Likert de 5 puntos</i>	Se decidió conservar la escala del instrumento original, ya que es un formato válido y utilizado en estudios con población mexicana
<i>Dos subescalas para cada variable y un apartado de características socio-demográficas.</i>	Se mantuvieron las dos escalas de evaluación que propone el instrumento original, y respecto a las características socio-demográficas se omitieron algunos ítems ya que el instrumento original evalúa todo tipo de manuales de intervención
<i>Concordancia en un 85% en las fases de traducción y concordancia entre el instrumento original y la adaptación</i>	Por medio del análisis de concordancia únicamente dos ítems presentaron diferencias entre el cuestionario original y su adaptación.
DIFERENCIAS	
<i>Número total de ítems</i>	El cuestionario original se conforma de 52 ítems; la adaptación está compuesta de 57 ítems, ya que se incluyeron 3 ítems en la escala de percepción del manual de intervención correspondientes a características presentes en los manuales utilizados en los Centros de Atención para las Adicciones
<i>Dos preguntas abiertas</i>	El cuestionario adaptado incluye dos preguntas abiertas sobre los manuales de intervención breve para el tratamiento de adicciones más utilizados, así como las características del manual ideal según la percepción de los terapeutas
<i>Evaluación específica de los manuales de intervención breve para el tratamiento de Adicciones</i>	El cuestionario original evalúa todo tipo de manuales de intervención, la adaptación a población mexicana evalúa únicamente la percepción sobre los manuales de intervención para el tratamiento de adicciones

El APTM (Addis & Krasnow, 2000), originalmente en lengua inglesa, fue traducido al español, siguiendo todos los pasos referidos en la metodología. De acuerdo con los resultados, se observó que las equivalencias en cuanto al idioma, cultura y conceptos del instrumento original fueron conservadas, de igual manera, se obtuvieron las propiedades de validez y confiabilidad.

De acuerdo a la metodología utilizada para la adaptación de este cuestionario y los resultados obtenidos a través de las cuatro fases implementadas, se concluye que el instrumento CPPM es un instrumento equivalente al cuestionario original creado por Addis & Krasnow (2000) ya que conserva una estructura similar en las escalas y contenidos, por lo tanto se logró una adecuada adaptación del instrumento en la población de terapeutas mexicanos, lo que nos permitirá comparar elementos característicos entre ambas culturas.

La versión adaptada será útil para obtener conocimiento acerca de las barreras en el uso de manuales de intervención breve, las cuales son un factor importante para predecir el posible empleo de los manuales en la práctica clínica; se contará con un instrumento adecuado a la población de terapeutas mexicanos, así como información relevante para detectar las limitaciones de los manuales en la transferencia de programas de intervención breve para el tratamiento de adicciones.

6.2 Resultados sobre la percepción del terapeuta en el uso de manuales de intervención

Características de la muestra

Se obtuvo un total de 112 encuestas provenientes de terapeutas de toda la República Mexicana. De los terapeutas encuestados el 24.1% son hombres (n=27), y el 75% son mujeres (n=85). La edad de los terapeutas oscila entre los 25 y los 59 años, siendo la media de 35.4 años. Respecto a su lugar de residencia, el 57.1 % radica en la zona centro del país, el 31.3% en la región norte y el 11.6% vive en la zona sur de México.

En relación a su escolaridad, el 83% de los terapeutas encuestados cuentan con licenciatura, 16.1% con estudios de maestría, y sólo se reportó un caso con estudios de doctorado. En promedio cuentan con 9.6 años de haber concluido su formación en licenciatura y 7.6 años trabajando como terapeutas en la práctica clínica. El 100% de la muestra actualmente atiende pacientes ya sea en un Centro de Atención para las Adicciones o en un consultorio particular, atendiendo en su mayoría pacientes adolescentes y adultos. Respecto a la orientación teórica de formación, el 70.5% de los encuestados se asumieron cognitivo-conductuales, seguido del 9.8% como existencial –humanista y 4.5% de la muestra fue formado desde la postura psicoanalista. La Tabla 3 presenta las características de la muestra.

Tabla 3. Características de la muestra

VARIABLE	%	N	M	SD
Género				
Masculino	24.1%	27		
Femenino	75%	85		
Edad (años)			35.4	7.79
Egreso de la Lic.			9.6	6.98
Experiencia clínica			7.6	5.5
Escolaridad				
Licenciatura	83 %	93		
Maestría	16.1 %	18		
Doctorado	.9 %	1		
Orientación Teórica				
Cognitivo-conductual	70.5 %	83		
Humanista	9.8 %	11		
Psicoanálisis	4.5 %	8		

La experiencia con los manuales de intervención breve.

De los participantes encuestados el 100% respondió tener conocimiento sobre los manuales de intervención, sin embargo, reportaron distintos grados de claridad sobre la definición acerca de lo que es un manual de intervención, el 42.9% de los terapeutas indicaron tener un conocimiento muy claro acerca de lo que es el manual, seguido de un 31.3% que expresó tener un conocimiento razonablemente claro; solo el 3.6% de la muestra contesto tener un

conocimiento poco claro sobre lo que es un manual de intervención. En relación a la utilidad de emplear manuales de intervención en la práctica clínica, el 100% de la muestra estuvo de acuerdo en que son instrumentos útiles, siendo el 88% de la población la que considera que son instrumentos muy útiles en los escenarios clínicos.

También se evaluó sobre la disposición del terapeuta hacia el uso de los manuales de intervención en la práctica clínica, el 63.4% manifestó tener una buena disposición y agrado por utilizarlo en los escenarios clínicos, el 28.6% indicó tener una disposición positiva y bastante agrado por los manuales; únicamente 2% de la muestra respondió tener una disposición negativa y desagrado por utilizarlos. El 75.9% de los encuestados, se les presentaron los programas basados en evidencia científica por primera vez en su contexto laboral por medio de un manual, únicamente el 9.8% los conoció en sus estudios de licenciatura.

Finalmente se indagó sobre su experiencia utilizando manuales de intervención, el 71.4% indicó que ha tenido una buena experiencia, el 17% una experiencia muy buena y el 11.6% una experiencia regular. El 83% de la muestra los utiliza para atender pacientes en su centro de trabajo o consultorio particular. De manera general, se encontró que respecto a las experiencias con el uso de manuales de intervención en la práctica clínica, la mayoría de los terapeutas participantes reportaron experiencias positivas en el uso de los manuales, así como agrado por emplearlos en los escenarios clínicos. Los resultados sobre la experiencia con los manuales de intervención breve se integran en la Tabla 4.

Tabla 4. La experiencia con los manuales de intervención breve.

ITEM	PORCENTAJE
¿Alguna vez ha escuchado sobre los manuales de intervención?	
Sí	100%
No	0 %
¿Qué conocimiento tiene de lo que es un manual de intervención breve?	
Tengo conocimiento poco claro	3.6%
Tengo conocimiento claro	22.3%
Tengo conocimiento razonablemente claro	31.3 %

Tengo conocimiento muy claro	42.9 %
¿Considera útil emplear manuales de intervención breve en la práctica clínica?	
Son instrumentos útiles	
Son instrumentos muy útiles	21.4 %
Son instrumentos demasiado útiles	50 %
	28.6 %
¿Qué tanta disposición tiene hacia el uso de los manuales de intervención breve en la práctica clínica?	
Tengo una disposición negativa hacia los manuales, me desagrada utilizarlos	1.8 %
Tengo una disposición neutral hacia los manuales, ni me agrada ni desagrada utilizarlos	6.3 %
Tengo una disposición positiva hacia los manuales, me agrada utilizarlos	63.4 %
Tengo una disposición muy positiva hacia los manuales, me agrada mucho utilizarlos	28.6 %
¿En qué contexto se le presentaron por primera vez los manuales de intervención breve?	
En mis estudios de licenciatura	9.8 %
En mis estudios de posgrado	12.5 %
En mi escenario laboral	79.9 %
Experiencias personales	1.8 %
¿Cómo describiría su experiencia con los manuales de intervención breve?	
Regular	11.6 %
Buena	71.4 %
Muy buena	17 %
De manera más frecuente, ¿en qué contexto los utiliza?	
En el consultorio para atender pacientes	83 %
En mis estudios	12.5 %
En las instituciones educativas	.9 %
No los utilizo	3.6 %

Percepción acerca de los manuales de intervención breve

Respecto a la percepción específica sobre los manuales de intervención breve, se elaboraron 23 reactivos que indagan sobre la percepción de lo que es un manual de intervención, se identificó la percepción negativa y positiva sobre los manuales que

posteriormente puedan mostrar indicadores predictivos para su uso en la práctica clínica. Los 23 reactivos fueron sometidos a un análisis factorial, por medio del método de componentes principales, dando como resultado tres factores que representan el 52.7% de la varianza. Uno de los factores fue compuesto por solo dos ítems que no eran conceptualmente distintos al factor 2, y tenían cargas transversales mayores a .40 en este segundo factor. Debido a que el tercer factor representó solo el 7% de la varianza, se consideraron dos factores como una estimación razonable del número potencial de factores. Posteriormente, se realizó un segundo análisis de componentes principales, indicando dos factores determinados de solución y se utilizó una rotación por método varimax. El Factor 1 corresponde a la percepción negativa sobre el uso de manuales, es decir terapeutas que prefieren libertad y flexibilidad en las sesiones con los usuarios y reportan una percepción negativa del uso de manuales de intervención en el proceso terapéutico. El Factor 2, contiene ítems correspondientes a los aspectos positivos del uso de un manual para mejorar los resultados de las intervenciones y describen prácticas terapéuticas con adhesión al manual de intervención, por lo que se han denominado al Factor 1 Negativo, y al Factor 2 Positivo. A continuación en la Tabla 5 se muestran los ítems que componen el Factor Negativo y las puntuaciones que se obtuvieron:

Tabla 5. Factor 1. Percepción Negativa hacia los manuales de intervención.

ITEM	ACUERDO	DESACUERDO	NEUTRO
El uso de un manual de intervención impide la formulación de casos individuales con los pacientes	10.7%	79.5%	9.8%
El uso de un manual de intervención limita la creatividad y el arte clínico	10.7 %	75%	14.3%
Los manuales de intervención son adecuados para pacientes seleccionados para una investigación, pero no para pacientes del "mundo real"	14.3%	71.4 %	14.3%
Los manuales de intervención fuerzan al terapeuta a conformarse con una orientación teórica	24.1%	61.6%	14.3%
Los manuales hacen a los terapeutas más técnicos que orientadores de seres humanos	20.6%	58.9%	20.5%
Los manuales reducen las habilidades terapéuticas para empatizar con los pacientes de manera personal	9.9%	84.8%	5.4%
Usando los manuales de intervención se anula la autenticidad y sinceridad de la interacción terapéutica	5.4%	85.7%	8.9%

Los manuales de intervención se enfocan más en las técnicas terapéuticas	37.5%	42.9%	19.6%
El uso de un manual de intervención reduce la importancia de los procesos psicológicos personales	24.2%	63.4%	12.5%
Los manuales de intervención ignoran las contribuciones particulares de los terapeutas como profesionales	25%	55.4%	19.6%
Los manuales obligan a clasificar las características individuales de los pacientes en categorías arbitrarias	20.6%	66.1%	13.4%
El uso de un manual de intervención promueve en el terapeuta pensar más en apearse al manual que a las necesidades individuales del paciente	26.8%	58%	15.2%

Al cuestionar a los participantes sobre si el uso del manual de intervención impide la formulación de casos individuales con los pacientes el 79.5% estuvo en desacuerdo con la información y el 10.7% manifestó estar de acuerdo; el 75% no considera que el uso de un manual de intervención limite la creatividad y el arte clínico, únicamente el 10.7% estuvo de acuerdo con esta afirmación. Un 71.4% estuvo en desacuerdo al considerar que los manuales son adecuados para pacientes seleccionados para una investigación, pero no para pacientes del mundo real, un 14.3% estuvo de acuerdo con esta postura. Un 24.1% de los terapeutas entrevistados considera que los manuales de intervención fuerzan al terapeuta a conformarse con una orientación teórica, sin embargo el 61.6% de las respuestas no concuerdan con esta idea. El 20.6% de los participantes considera que los manuales hacen a los terapeutas más técnicos que orientadores de seres humanos, el 58.9% está en desacuerdo y el 20.5% asumió una posición neutral al respecto; este ítem fue uno de los reactivos que puntuaron más alto en este factor, de igual manera, el reactivo sobre si los manuales se enfocan más en las técnicas terapéuticas, el 42.9 % estuvo en desacuerdo y el 37.5% manifestó estar de acuerdo con esta afirmación, un 19.6% se mantuvo neutral.

El 84.8% de los participantes manifestó que el uso de manuales aumentan las habilidades terapéuticas para empatizar con los pacientes de manera personal y el 85.7% estuvo en desacuerdo con que el uso de manuales de intervención anula la autenticidad y sinceridad de la interacción terapéutica. Otro de los ítems que puntuó más alto en el factor negativo, es respecto a que el uso del manual de intervención promueve en el terapeuta pensar más en apearse al manual que a las necesidades individuales del paciente.

El Factor 2 Factor Positivo que incluye temas relativos a los beneficios de un manual para mejorar los resultados terapéuticos, estuvo conformado por 11 reactivos que se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6. Factor 2. Percepción Positiva hacia los manuales de intervención.

ITEM	ACUERDO	DESACUERDO	NEUTRO
Los manuales de intervención son principalmente para terapias cognitivo-conductuales en comparación con los enfoques de terapia psicodinámicos	68.7%	17.9%	13.4%
Los manuales de intervención son adecuados para problemas bien definidos, pero no para la mayoría de las personas que buscan psicoterapia	48.2 %	31.3%	20.5%
Después del uso de un manual de intervención se pueden mejorar los resultados terapéuticos, al garantizar que el tratamiento que se utiliza cuenta con apoyo empírico	63.4%	19.6 %	17%
El campo de la psicoterapia debe enfocarse hacia la práctica casi exclusivamente basada en el manual	13.4%	64.3%	22.3%
Los manuales de intervención pueden ayudar al terapeuta a tener un seguimiento adecuado de las sesiones del tratamiento	86.6%	9.8%	3.6%
Los manuales de intervención pueden ayudar a los terapeutas a mantener el control en la contratransferencia	57.1%	17.9%	25%
El uso de un manual de intervención ayuda al psicólogo a evaluar y mejorar sus técnicas clínicas.	79.5%	15.2%	5.4%
Los manuales de intervención ayudan a los terapeutas a utilizar sólo intervenciones que han demostrado ser efectivas	64.3%	22.3%	13.4%
El uso de un manual de intervención permite a los terapeutas usar su intuición para atender a un paciente	25.9%	53.6%	20.5%
Los manuales de intervención, si se utilizan adecuadamente, mejorarán los resultados de pacientes atendidos en psicoterapia	70.6%	15.2%	14.3%
Si el tratamiento contenido en el manual ha demostrado científicamente su eficacia, el terapeuta esta éticamente obligado a utilizarlo en lugar de un tratamiento que no tiene validez empírica.	45.6%	36.6%	17.9%

El 68.7% de los participantes está de acuerdo al considerar que los manuales de intervención son principalmente para terapias cognitivo conductuales en comparación con los enfoques de terapia psicodinámicos. El 48.2% de la muestra considera que los manuales de intervención son adecuados para problemas bien definidos, pero no para la mayoría de las personas que buscan psicoterapia, el 20.5% mantiene una posición neutral, y el 31.3% no está de acuerdo con la afirmación.

Los participantes mostraron un nivel de acuerdo de 63.4% al considerar que después del uso de un manual de intervención se pueden mejorar los resultados terapéuticos al garantizar que el tratamiento que se utiliza cuenta con apoyo empírico. El 64.3% está en desacuerdo respecto a que las intervenciones psicológicas deban enfocarse hacia la práctica casi basada exclusivamente en el manual, siendo este ítem uno con las más bajas puntuaciones en el Factor 2. El 53.6% de los participantes está en desacuerdo con la idea de que el manual de intervención permite al terapeuta utilizar su juicio clínico para atender a un paciente, por lo que este ítem también puntúo bajo en el Factor Positivo. Un 86.6% de los participantes está de acuerdo con que los manuales de intervención ayudan al terapeuta a tener un seguimiento adecuado de las sesiones de tratamiento. De igual manera, un 79.5% considera que el uso de un manual de intervención ayuda al psicólogo a evaluar y mejorar sus técnicas clínicas.

Los porcentajes de puntuaciones más altas de los factores en cada participante, se considerarán para determinar si tiene una percepción positiva o negativa hacia los manuales de intervención; las puntuaciones más altas en el Factor Negativo indica una menor disposición a utilizar los manuales y puntuaciones más altas en el Factor Positivo muestran participantes con una disposición más favorable hacia el uso de los manuales de intervención.

Se realizó un análisis de conglomerados de K medias para identificar a los profesionales que puntuaban alto en cada factor; para el Factor 1, se identificaron 39 terapeutas con puntuaciones altas y 73 participantes con puntuaciones bajas en el Factor Negativo. Se corrió el mismo análisis en el caso del Factor Positivo donde se encontraron coincidencias, ya que 74 profesionales presentaron puntuaciones altas y 38 puntuaciones

bajas en el Factor 2. Una vez identificados los participantes en cada Factor, se realizó un análisis de varianza para determinar si existen diferencias entre ambos grupos, en donde se encontró que efectivamente los grupos presentan diferencias estadísticas significativas ($F(1,110) = 5.413, p < 0.05$).

Percepción acerca de los contenidos y las características de los manuales de intervención breve

La tercera subescala del instrumento tuvo el objetivo de evaluar la percepción de los terapeutas acerca de los contenidos y características que presentan los manuales de intervención, el propósito de obtener estos datos fue identificar aquella estructura del manual que facilita su uso y aplicación en los escenarios clínicos.

Los resultados arrojados indicaron una visión positiva respecto a los manuales, su utilidad y algunos aspectos que consideran deben incluirse para facilitar su uso. Sobre las valoraciones acerca del manual ideal destacan incluir consejos prácticos, ejemplos de casos clínicos y pacientes con múltiples diagnósticos, esquemas y un orden claro dentro del manual.

En general, la respuesta de los participantes sobre los manuales fue positiva. El 41.6% indicó que utilizan en su práctica clínica hasta cuatro manuales diferentes, siendo el manual del Programa de Intervención Breve para Adolescentes (PIBA) el más utilizado por un 22.7% de los participantes, seguido del Programa para Bebedores Problema con un 20.5%, y un 11.4% utiliza con frecuencia los manuales de Prevención de Recaídas y el Programa para Usuarios de Marihuana. A continuación se describe en la Tabla 7 los manuales de intervención breve para el tratamiento de adicciones, que se utilizan con mayor frecuencia en los escenarios clínicos evaluados.

Tabla 7. Manuales de intervención breve para el tratamiento de adicciones más utilizados.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bebedores Problema	81	20,5
	Programa para Adolescentes que inician el consumo de sustancias	90	22,7
	Prevención de recaídas	45	11,4
	Satisfactores Cotidianos	44	11,1
	Fumadores problema	39	9,8
	Usuarios de marihuana	45	11,4
	Otros programas CIJ	22	5,6
	Usuarios de cocaína	30	7,6
	Total	396	100,0

La percepción sobre los contenidos y características de los manuales de intervención en los participantes fue en su mayoría positiva, con poca crítica negativa de ellos (ver Tabla87). A pesar de la gran parte de respuestas favorables a los manuales, un subgrupo de 34.8% de terapeutas respondieron en la gama de respuestas negativas sobre las características que debían de contener los manuales.

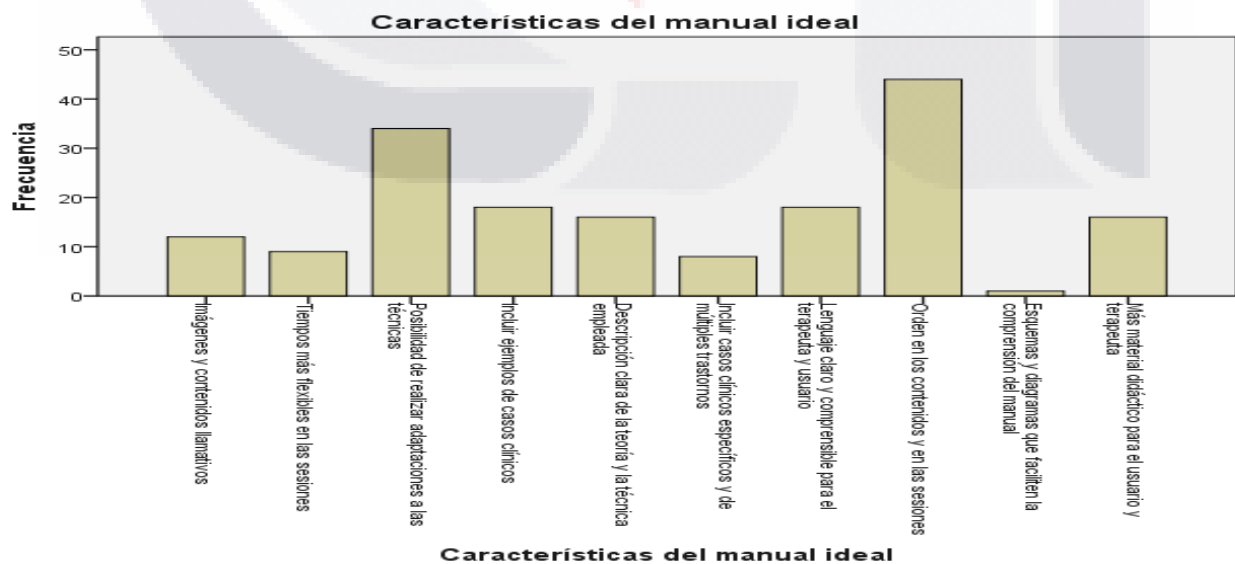
Tabla 8. Percepción sobre el contenido y características de los manuales.

ITEM	ACUERDO	DESACUERDO	NEUTRO
Incluyen descripciones de las técnicas terapéuticas específicas	78.6%	11.1%	8.9%
Énfasis en la importancia de la relación terapéutica	71.4%	14.3%	14.3%
Presentan una clara teoría de cambio	83.1%	5.3%	10.7%
Presentan una teoría sobre la psicopatología comprensible	41.1%	17.7%	31.3%
Muestran una discusión detallada de la relación entre la teoría y el tratamiento	59.8%	20.4%	19.6%
Son un "recetario" de técnicas terapéuticas	28.5%	45.5%	25.9%
Enfatizan la conceptualización individual de los casos	34.8%	20.4%	34.8%
Contienen ejemplos de casos clínicamente relevantes	42%	41.1%	17%
Los materiales que contienen son claros y apropiados para	66.1%	22.4%	11.6%

los pacientes			
El lenguaje con el que está escrito es adecuado y comprensible para el terapeuta	90.2%	8.1%	1.8%
Los manuales están organizados siguiendo un orden claro y funcional.	87.5%	8.1%	4.5%
Son un protocolo de tratamiento impuesto por el gobierno y los grupos de investigadores	20.6%	47.3%	32.1%
La duración de las sesiones es adecuada a los tiempos disponibles en las instituciones	47.3%	38.4%	14.3%
Los manuales contienen imágenes o ilustraciones que dan claridad a sus contenidos	61.6%	25%	13.4%

Varios de los psicólogos proporcionaron comentarios escritos sobre las características que debe contener el manual ideal, la mayoría de los cuales sugería considerar en la elaboración de los manuales las siguientes características (ver figura 2): imágenes y contenidos llamativos, posibilidad de realizar adaptaciones a las técnicas, orden en los contenidos y sesiones del manual, lenguaje claro y comprensible para el terapeuta y el usuario, entre otros.

Figura 2. Características que debe incluir el manual ideal.



Los terapeutas también identificaron manuales específicos que encuentran como sus favoritos por su utilidad y estructura, en orden de importancia, fueron los siguientes: Programa de Intervención Breve para Adolescentes (Martínez, Ruíz, Salazar & Barrientos, 2005); Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema (Ayala et al, 1993); Programa de Prevención de Recaídas (Marlatt & Gordon, 1985; Fernández Montalvo, Echeburúa, 1997); Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2006); Programa de intervención breve para usuarios de marihuana (IBUM) (López, 2010); Programa de Intervención Breve Motivacional para fumadores (PIBMF) (Lira, 2002); Tratamiento Breve para usuarios de Cocaína (TBUC) (Oropeza, Loyola y Vázquez, 2005).

Los predictores de las barreras hacia los manuales de intervención breve

La estrategia de análisis de los predictores de las barreras se llevó a cabo utilizando dos variables. En primer lugar, se buscó identificar las características sociodemográficas de los terapeutas que pueden estar asociados con una percepción negativa o positiva hacia los manuales de intervención. Este primer análisis se realizó obteniendo las correlaciones entre las características de los terapeutas y los Factores Positivo y Negativo. Por ejemplo, la literatura nos indica que terapeutas con más años de experiencia clínica pueden presentarse renuentes a utilizar los manuales de intervención en su práctica, situación contraria a la que se presenta con los terapeutas con menos experiencia. De igual manera se correlacionó la edad, entidad a la que pertenecen, orientación teórica, formación académica, entre otras.

La segunda estrategia de análisis se enfocó en las características de contenido y estructura de los manuales de intervención como posibles detonantes de barreras, correlacionando la percepción de los terapeutas acerca de lo que es un manual de intervención y su estructura, con la percepción del Factor 1 y 2. La percepción sobre el contenido de los manuales de intervención se relacionó con la percepción positiva o negativa hacia ellos, y por lo tanto permitió pronosticar barreras referentes a los contenidos que pueden promover una percepción negativa y con ello poca disposición a utilizar manuales en la práctica clínica.

Respecto a las características de los profesionales que podrían estar asociadas con percepciones diferentes hacia los manuales de intervención, se realizó un análisis estadístico por medio de la correlación no paramétrica Rho de Spearman para determinar si existe alguna correlación entre las variables asociadas al terapeuta y los Factores Positivo y Negativo; se encontró que la edad y las actitudes hacia los manuales de intervención no se correlacionaron significativamente ($r = .021$, $p > 0.05$); de igual manera la orientación teórica del terapeuta ($r = .108$, $p > 0.05$), la experiencia clínica ($r = .082$, $p > 0.05$) no correlacionaron significativamente.

Debido a que la experiencia en la práctica clínica no mostró una correlación significativa con las actitudes hacia los manuales de intervención, se decidió correlacionar únicamente a los terapeutas que tenían menos años en la práctica con el Factor Positivo y Negativo, atendiendo a lo encontrado en la literatura, donde se plantea que los terapeutas con menos experiencia presentan actitudes más favorables hacia el uso de manuales de intervención en la práctica clínica. Respecto al Factor 1 de percepciones negativas ($r = .198$, $p > .05$) y Factor 2 ($r = .226$, $p > 0.05$), encontrándose una débil relación entre el número de años en la práctica clínica y las actitudes positivas hacia los manuales.

El segundo conjunto de análisis se centró en los elementos de contenido de los manuales como predictores de las actitudes. Las ideas sobre el contenido de los manuales fueron generalmente relacionadas con las actitudes. Por ejemplo, los profesionales que tenían el pensamiento de que los manuales eran un "recetario" de técnicas terapéuticas son más probables de presentar mayores elementos negativos ($r = .37$, $p < .001$) y los elementos positivos de resultado más bajo ($r = -.19$, $p < .001$). Por el contrario, los profesionales que consideraron que los manuales de intervención dan énfasis en la conceptualización de casos individuales eran menos probable que puntuaran en mayor grado los elementos negativos ($r = -.37$, $p < .001$) y los ítems de resultado positivo con puntuaciones altas ($r = .23$, $p < .001$).

7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo del presente estudio fue describir las principales barreras del terapeuta en el uso de manuales de intervención breve para el tratamiento de adicciones, y proponer estrategias para solucionar estas limitantes. El objetivo se logró satisfactoriamente al implementar de manera adecuada las dos fases del estudio: en la primera fase, la adaptación del instrumento fue desarrollada con una metodología que permitió obtener un cuestionario confiable para evaluar la percepción de los terapeutas mexicanos hacia los manuales de intervención breve en los escenarios clínicos. Su alta consistencia interna en la escala global, lo convierte en un instrumento con propiedades psicométricas similares a las reportadas en la bibliografía internacional sobre el instrumento original (Addis & Krasnow, 2000); en la segunda fase, se realizó el análisis de la percepción del terapeuta en relación a su experiencia con el uso de manuales, su utilidad, estructura y contenido que favorecen su aplicación en los escenarios clínicos. En esta gama de respuestas se obtuvo una percepción positiva respecto a los manuales de intervención en la mayoría de los terapeutas evaluados, también se identificaron de manera clara en las respuestas del factor negativo de la escala, las principales barreras que dificultan el uso del manual en la práctica, tales como la calidad de la relación terapéutica, las necesidades del usuario, la efectividad del manual, y la viabilidad en la estructura y características del manual; así como las propuestas que hacen de mejora para tener un manual de fácil aplicación y utilidad.

Antes de discutir las implicaciones de los resultados obtenidos, es necesario aclarar algunas limitaciones del estudio. En primer lugar, la muestra evaluada no fue tan alta como se esperaba, aunque estadísticamente se logró una evaluación confiable del instrumento aplicado. Así mismo, cabe destacar que no fue una muestra aleatoria de psicólogos de toda la República Mexicana, los terapeutas evaluados en su mayoría pertenecían a la región centro-occidente del país, principalmente al estado de México y Distrito Federal, en donde se aplican más estrategias de capacitación y supervisión de los terapeutas, por lo que la población se encuentra más familiarizada con el uso de manuales de intervención. Esta limitante puede provocar que se obtengan resultados distintos al evaluar poblaciones únicamente de la región sur o norte del país, ya que pudieran presentar características

distintas debido a su contexto laboral y cultural. Lo anterior sugiere que si bien obtuvo validez con una muestra nacional, valdría la pena realizar estudios al respecto, aplicando el instrumento a distintas poblaciones únicamente de una región del país o de preferencia utilizando una muestra aleatoria.

En segundo lugar, otra limitación es que se evaluó la percepción hacia los manuales de intervención y no el uso real de los manuales en la práctica clínica, si bien la percepción puede ser un factor importante para el posible uso de un manual de procedimientos en los escenarios clínicos, la medición del uso del manual y la observación de la ejecución del terapeuta al utilizarlo con los usuarios, es un aspecto relevante en la evaluación de la transferencia de conocimiento de los programas basados en evidencia científica. A pesar de la limitación del tamaño y características de la muestra, se obtuvo una gama de percepciones tanto positivas como negativas respecto al uso de manuales.

En este estudio se plantearon cinco objetivos específicos a partir del objetivo general de la investigación: el primero desarrollar y validar un instrumento que permitiera evaluar la percepción acerca de los manuales de intervención en terapeutas mexicanos; el segundo identificar la percepción del terapeuta respecto a los manuales de intervención breve; tercero analizar las variables sociodemográficas de los terapeutas asociadas a las barreras en el uso de manuales de intervención; el cuarto objetivo fue identificar la percepción del terapeuta sobre la estructura y contenido de los manuales; y el quinto objetivo proponer estrategias para la elaboración de manuales de intervención breve que favorezcan el proceso de transferencia de conocimiento y consideren las necesidades de los adoptantes en los escenarios clínicos.

A continuación se analizan cada uno de los objetivos planteados con base en los resultados obtenidos y sus implicaciones para la práctica clínica. Respecto al primer objetivo, la adaptación del instrumento, se obtuvo que el cuestionario final CPPM (Véliz, Martínez & Hermosillo, 2012) es un instrumento equivalente al original, esto se logró gracias a la metodología utilizada para la adaptación y la sistematización de las cuatro fases implementadas.

El CPPM es un instrumento confiable para evaluar la percepción de los terapeutas mexicanos hacia los manuales de intervención breve en los escenarios clínicos. Su alta consistencia interna en la escala global, lo convierte en un instrumento con propiedades psicométricas similares a las reportadas en la bibliografía internacional sobre el instrumento original (Addis & Krasnow, 2000). El alfa de Cronbach obtenido fue idéntico al reportado por los autores del instrumento original, a pesar de que el tamaño de la muestra del presente estudio fue considerablemente menor al evaluado en el estudio estadounidense. Esto también puede justificarse, debido a la metodología de adaptación utilizada (Muñiz, Elosua & Hambleton, 2013). Es probable que este diseño metodológico haya asegurado la adaptación exitosa del instrumento en la población mexicana, por lo que se considera como la parte central del proceso de adaptación. A continuación se presentan distintas consideraciones importantes que fueron encontradas en cada una de las fases del proceso de adaptación.

Considerando las cuatro fases que se implementaron para lograr la adaptación, la fase de traducción y análisis de corrección de significados fueron esenciales ya que permitieron primordialmente la adaptación lingüística del CPPM. Dentro del proceso de adaptación se consideró el análisis contextual por medio de un grupo de investigadores expertos en el área de las Adicciones de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, lo cual permitió elaborar los ítems y las instrucciones del cuestionario con un lenguaje claro y apropiado para la comprensión y evaluación de la población objetivo. Este análisis contextual derivó en una versión del instrumento con contenido y lenguaje apropiado para los escenarios clínicos de psicólogos en México.

Otro aspecto importante que es relevante discutir, es el valor transcultural del instrumento, ya que al obtener características psicométricas semejantes al cuestionario original y el cuidado que se tuvo para incluir los aspectos contextuales, considerando las características de la población de psicólogos donde se hizo la adaptación, el CPPM permitirá realizar estudios comparativos entre los terapeutas mexicanos y los estadounidenses, lo que puede arrojar datos interesantes sobre las diferencias significativas entre los contextos profesionales en ambos países, y la percepción y uso de los manuales de intervención en los escenarios clínicos.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Cabe destacar que el cuestionario original tuvo el objetivo de evaluar la percepción sobre todos los manuales de intervención psicológica, es decir, cuestionaba sobre los manuales para el tratamiento de trastornos psiquiátricos, conductuales, emocionales y para los diferentes rangos de edad; el instrumento adaptado únicamente está enfocado a evaluar los manuales de intervención breve para el tratamiento de adicciones, los cuáles son los más utilizados en los escenarios clínicos donde se realizó la evaluación. Sin embargo, resultaría interesante indagar si el instrumento adaptado, pudiera ser útil para evaluar la percepción de los terapeutas sobre todo tipo de manuales de intervención en México, tanto en escenarios clínicos públicos y privados.

Finalmente, la versión adaptada es útil para obtener conocimiento acerca de las barreras en el uso de manuales de intervención breve, las cuales son un factor importante para predecir el posible empleo de los manuales en la práctica clínica; se cuenta con un instrumento adecuado a la población de terapeutas mexicanos, sirve para proporcionar información relevante sobre la opinión de los terapeutas respecto a las intervenciones con validez científica, además es útil para detectar las limitaciones de los manuales en la transferencia de programas de intervención breve para el tratamiento de adicciones.

El segundo objetivo específico del estudio fue identificar las percepciones de los terapeutas acerca de la definición y uso de manuales de intervención breve para el tratamiento de adicciones. Los resultados obtenidos al respecto muestran un conocimiento generalizado sobre la definición de un manual de intervención y percepciones positivas respecto a su uso en la práctica. Las principales inquietudes de los profesionales de la salud que evaluaron negativamente el uso de los manuales se pueden agrupar en cuatro aspectos: la calidad de la relación terapéutica, la posibilidad de cubrir las necesidades del usuario, la efectividad del manual en la práctica clínica y las cuestiones de viabilidad en relación a la estructura y características del manual. Para cada aspecto se analizarán con ejemplos las preocupaciones de los terapeutas y se discutirán con los hallazgos encontrados en la literatura, estudios empíricos relevantes y experiencias propias de formación y supervisión de terapeutas en el uso de programas de intervención para el tratamiento de adicciones, basados en evidencia científica. En todos los aspectos analizados, la prioridad desde el modelo de transferencia de la comunicación, es la necesidad de considerar las percepciones

existentes, las limitantes, las experiencias y los contextos de trabajo de los profesionales para generar estrategias significativas que permitan afrontar las barreras identificadas y dar un mayor énfasis a la efectividad y la utilidad clínica de los programas de intervención breve en los Centros de Atención Primaria en Adicciones.

Para abordar la discusión de los puntos anteriores, es necesario considerar el proceso de transferencia de conocimiento que fue utilizado para que los terapeutas adoptaran los programas de intervención breve en los CAPAS. De manera general, el proceso de transferencia se ejecutó como parte de una estrategia de gobierno para institucionalizar programas de intervención que han demostrado su eficacia basados en la evidencia científica, lo cual permite maximizar beneficios en salud pública y proveer de tratamientos costo-efectivos para la problemática de las adicciones en México. Desde esta normatividad de salud pública, se promovió el uso de programas de intervención breve por medio de manuales, para brindar atención a los usuarios de los CAPAS en el país, realizando la transferencia de conocimiento por medio de un modelo lineal, a través de distintas etapas y agentes involucrados (CENADIC, 2012).

Todo proceso de transferencia de conocimiento, implica por lo menos cuatro etapas para su ejecución, la selección de la innovación, negociación, absorción y adopción de la tecnología; dentro de cada etapa intervienen distintos agentes para lograr que el proceso completo se cumpla (Gonzalez, 2011). En el caso de México, la selección de los programas de intervención breve para el tratamiento de adicciones, se realizó por medio de funcionarios públicos, investigadores y expertos en salud pública y adicciones; posteriormente se comenzó la diseminación a través de la Ley de Salud Pública, dentro de un plan estratégico para abordar la problemática de las adicciones en el país. Se eligieron como proveedores a un grupo de investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, quienes desarrollaron y demostraron la efectividad de los programas de intervención breve en el consumo de sustancias adictivas; posteriormente, se construyeron en el país Centros de Atención Primaria en Adicciones en donde se proporciona la intervención terapéutica a la población.

Para la etapa de negociación, se optó por implementar estrategias de capacitación en donde los expertos e investigadores, pudieran transferir el conocimiento a un mayor número de profesionales de la salud, utilizando medios tecnológicos y capacitaciones con menor costo y mayor cobertura nacional. De esta manera las capacitaciones a los terapeutas consistieron principalmente en proporcionar el manual de intervención de los programas, una capacitación en línea, y distintas jornadas y capacitaciones masivas a nivel estatal para diseminar los programas de intervención (CENADIC, 2006).

La tercera etapa, absorción, en donde se esperaba que los profesionales de la salud asimilaran el conocimiento adquirido y comenzaran su aplicación con efectividad en los escenarios clínicos, ha sido evaluada de acuerdo al tipo de capacitación que recibieron, por ejemplo: en el caso de los terapeutas inscritos en la capacitación en línea, se les supervisa un caso por medio de la entrega de reportes de sesión y la descripción de su ejecución como terapeuta; en algunos estados como el D.F y Estado de México, se proporciona una supervisión más cercana video-grabando las sesiones de los terapeutas y brindando retroalimentación sobre su desempeño.

Finalmente para la etapa de adopción, se esperaba que los terapeutas fueran capaces de aplicar y replicar las habilidades y técnicas adquiridas cuidando la integridad del programa adoptado, obteniendo de esta manera los resultados de efectividad de la intervención. Existen pocos estudios que han evaluado esta parte del proceso, algunos se están ejecutando actualmente por lo que no es posible definir con certeza si los programas de intervención breve para el tratamiento de adicciones ya han sido adoptados por los profesionales de la salud en México (Martínez & Medina-Mora, 2013). Un ejemplo de este tipo de estudios se realizó en Aguascalientes, donde se tuvo el objetivo de evaluar la integridad de la aplicación del PIBA en los terapeutas de los CAPAS de este estado (Reyes, 2012). El estudio reportó que tres de los cuatro participantes evaluados, obtuvieron una integridad al tratamiento menor al 50%, es decir, presentan pocas habilidades y fallas en la ejecución del programa, lo cual está relacionado con el logro de resultados efectivos en el tratamiento; algunas de las discusiones que se abordan en este estudio, afirman que el proceso de diseminación y capacitación no se implementó de manera adecuada, por lo que

la adopción del programa no se logró, lo cual se reflejó al video-grabar la ejecución de los terapeutas en la aplicación del tratamiento.

Esbozar el proceso de transferencia de conocimiento de estos programas a los profesionales de la salud en nuestro país, permite identificar algunas de las limitantes o barreras que se han presentado dentro del proceso, y que se relacionan con los resultados obtenidos en la adopción de los programas. De manera inicial la transferencia se comenzó desde un Modelo Lineal, en donde se esperaba que elaborar cada etapa del proceso de manera secuencial y unidireccional, los terapeutas adquirieran las habilidades y técnicas especializadas para ejecutar eficazmente las intervenciones en sus áreas laborales. Al no obtener los resultados esperados, se comenzó a abrir la comunicación entre los investigadores y los adoptantes para retroalimentar la ejecución de éstos, sin embargo, no fueron consideradas las particularidades de los terapeutas y el entorno en donde se aplican los programas de intervención, por lo que la comunicación sigue siendo unidireccional y no profundiza en los aspectos estructurales y socioculturales de los adoptantes, lo cual genera que la innovación no se implemente efectivamente. Finalmente, este estudio parte del Modelo de la Comunicación (Doheny-Farina, 1992), como otra alternativa para llevar a cabo el proceso de transferencia y elevar el rango de adopción de los programas en los terapeutas.

Este tipo de Modelo de Comunicación (Doheny-Farina, 1992) permite generar conocimiento significativo entre los escenarios de investigación y clínicos por medio de una comunicación bidireccional; la transferencia de conocimiento considera la colaboración e intercambio de información entre los distintos agentes involucrados en el proceso, investigadores, terapeutas y usuarios, lo que genera un conocimiento innovador y útil para los adoptantes, el cual da la posibilidad de superar las limitantes que impiden que los programas se adopten de manera efectiva en los escenarios clínicos.

Abrir este canal de comunicación, permitió conocer las principales inquietudes que los terapeutas identifican al aplicar los manuales de intervención en los escenarios clínicos. Sánchez (2006) propuso esta estrategia para fomentar un uso más generalizado de los programas basados en evidencia, argumentando como beneficios la elaboración de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

intervenciones con características idóneas a las necesidades de los adoptantes y adecuadas a las demandas de los usuarios que atienden, de esta manera los programas adquieren atributos de utilidad, versatilidad y practicidad en el ámbito clínico.

Retomando los resultados obtenidos en este estudio, resulta interesante discutir las limitantes sobre el uso de los manuales en la práctica, partiendo de cómo definen los terapeutas a los manuales de intervención. La totalidad de los participantes evaluados contestaron tener conocimiento sobre los manuales de intervención, el 74.2% reportó un alto grado de claridad sobre su definición y un porcentaje similar conoció los programas basados en evidencia por primera vez en su contexto laboral por medio de un manual de intervención, sólo el 9.8% los conoció en sus estudios de pregrado. Si bien este estudio no solicitó proporcionar una definición propia acerca del manual, si se evaluó por medio del cuestionario aplicado, una serie de características que definían a los manuales. En esta gama de respuestas, se encontró que algunos terapeutas perciben negativamente a los manuales como herramientas que limitan su juicio clínico y dan mayor énfasis a las técnicas terapéuticas que a las necesidades del usuario, pero también la mayoría de los participantes consideran que los manuales de intervención son guías que permiten al terapeuta proporcionar tratamientos que han demostrado ser efectivos y mejorar sus resultados en la intervención.

La importancia de una definición y percepción adecuada sobre el manual de intervención, permite al terapeuta hacer un manejo más efectivo del mismo como una herramienta de apoyo para su práctica profesional. Una propuesta para superar esta barrera es construir en el terapeuta un concepto claro y definido de lo que es un manual de intervención, para qué sirve, sus alcances y limitaciones; la diseminación ideal de este tipo de información debería realizarse desde los estudios de pregrado, en donde se le forme al profesional de la salud con una actitud positiva hacia el uso de programas basados en evidencia científica, y sea él mismo quien conozca el proceso que implica la generación del conocimiento desde la ciencia básica hasta la práctica. Sin embargo, dado que pocos planes de estudio en psicología incorporan este tipo de conocimiento en los estudiantes, también resultaría útil, comenzar las capacitaciones de los terapeutas proporcionando un conocimiento sólido sobre las bases teóricas de los programas basados en evidencia y

construyendo un concepto claro y congruente sobre la definición y utilidad el manual de intervención, así como la posibilidad de aplicarlos con flexibilidad y adaptarlos de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

Como se mencionó anteriormente, se identificaron cuatro barreras que los terapeutas consideran inquietantes al usar manuales: la calidad de la relación terapéutica, las necesidades del usuario, la efectividad del manual, y la viabilidad en la estructura y características del manual. La primera barrera mencionada es respecto a la calidad de la relación con el usuario, algunos terapeutas mencionaron que es complicado desarrollar una relación terapéutica eficaz durante el uso del manual de intervención, en el supuesto de que la aplicación de un protocolo de sesión implica hacer a un lado sus habilidades de rapport y estilo terapéutico, ya que se promueve dar énfasis en la aplicación de las técnicas de intervención, así mismo, impide abordar las necesidades que manifiesta el usuario al momento de acudir a sesión. Esta creencia se convierte en barrera, ya que el profesional de la salud considera minimizada su contribución como experto para intervenir con el usuario y ofrecer un tratamiento individualizado, a la vez que se dificulta establecer una interacción efectiva al centrar su atención en las técnicas y aplicación del protocolo. Al utilizar un manual de intervención, no deben dejarse de lado los componentes fundamentales de cualquier intervención terapéutica, uno de ellos es la alianza con el usuario. En los programas basados en evidencia una sólida relación terapéutica puede facilitar la participación del paciente y aumentar la probabilidad de que las técnicas utilizadas sean eficaces. A pesar de que estas habilidades son desarrolladas en el profesional de la salud desde sus estudios universitarios, sería de gran apoyo que los manuales de intervención (y los medios de diseminación en general, talleres, capacitaciones, especializaciones, etc.) se centrarán más en la relación terapéutica, no basta con indicar que es importante establecer una buena relación para implementar el tratamiento, es necesario incorporar estrategias de construcción de una alianza terapéutica efectiva dentro del manual, operacionalizar las acciones para establecer una alianza efectiva, incluir diálogos en los manuales para ejemplificar la ejecución de la técnica y de ser posible, incluir estos aspectos en actividades dentro de los talleres y las capacitaciones.

La segunda barrera que se identificó en el uso del manual por parte de los terapeutas, es la posibilidad de que el protocolo de intervención permita cubrir las necesidades del usuario. Se encontraron varias inquietudes relacionadas con esta limitante, una de ellas es la percepción de que el manual debe ser aplicado de manera estricta, sin la posibilidad de personalizar los ejercicios de la sesión a las características individuales del paciente, algunos autores exponen ejemplos útiles para indicar que los capacitadores deben especificar las opciones en que los manuales pueden adecuarse a los problemas del usuario (Kendall, Chu, Giffor, Hayes & Nauta, 1998). El uso de un manual de intervención requiere un equilibrio entre la integridad al tratamiento y la flexibilidad del terapeuta al ejecutar la sesión (Addis, et al, 1999). El logro de esta armonía entre flexibilidad e integridad al programa puede ser alcanzado sin dificultad por los terapeutas experimentados, capacitadores e investigadores, sin embargo, muchos de los profesionales de la salud necesitan ser mejor orientados al respecto. Una aportación útil a los manuales de intervención sería incluir ejemplos claros sobre las posibilidades de adaptar, adherir o suprimir estrategias al protocolo de la sesión, así como ejemplos de casos donde se muestra la flexibilidad del programa en la aplicación de la intervención. Otra inquietud relevante respecto a cubrir las necesidades del paciente, se identifica en la pertinencia de aplicar el programa a usuarios con uno o múltiples trastornos. Se ha encontrado en diversos estudios que los programas de intervención basados en evidencia científica pueden ser igualmente eficaces para los clientes que presenten comorbilidad, en el sentido de que los resultados se evalúan en términos de la problemática en donde se intervino. Algunos otros estudios presentan evidencia de que los efectos positivos de los tratamientos para trastornos específicos se pueden generalizar a otras áreas problemáticas (Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue, & Hayes, 1996). Lo importante de recalcar en este punto, es que el terapeuta posea la claridad y habilidad de implementar una evaluación diagnóstica apropiada que le permita definir con precisión si el usuario cumple con los criterios de inclusión que define el manual de intervención para aplicar el tratamiento, además de que conozca la importancia de cuidar la integridad al tratamiento, y sea habilitado para aplicar el programa de una manera flexible tomando en cuenta las características de su paciente y siguiendo los objetivos de la sesión para lograr los resultados esperados en la intervención.

La tercera barrera respecto al uso del manual se refiere a las creencias sobre la efectividad del programa de intervención en la práctica clínica. En relación a esta limitante se encuentra un debate importante sobre los estudios de la eficacia de las intervenciones basadas en evidencia en los escenarios reales, así como las semejanzas y diferencias existentes entre los contextos de investigación y clínicos. Desde el modelo de transferencia de la comunicación, obtener datos sobre el proceso de transferencia y resultados del uso de manuales en la investigación y los escenarios clínicos, resulta un trabajo fundamental para generar estrategias alternativas de manuales de intervención en ambos contextos. Las diferencias entre los escenarios son evidentes, desde la selección de los usuarios para recibir el tratamiento, la formación y capacitación de los terapeutas, el conocimiento previo sobre los fundamentos teóricos del programa de intervención, el espacio físico y limitaciones de tiempo en las instituciones, entre otros, son factores comunes que deben ser considerados de manera sistemática para elaborar estrategias que permitan difundir los programas de intervención con características adecuadas para los adoptantes.

En este estudio se obtuvieron datos de la percepción del terapeuta clínico sobre la efectividad del manual en su práctica. Las creencias que se identificaron como barreras sobre la efectividad del programa, tienen que ver con la percepción de que las intervenciones basadas en evidencia son útiles solo para los pacientes elegidos en la investigación, ya que los pacientes que acuden a los Centros de Atención para las Adicciones, presentan problemas más complejos y severos. De la muestra evaluada el 48.2% de los profesionales considera que los manuales de intervención son adecuados para problemas bien definidos, pero no para la mayoría de las personas que acuden a los CAPAS; otra barrera presente respecto a la efectividad y uso de las intervenciones basadas en evidencia, es que algunos terapeutas no consideran pertinente enfocar el tratamiento psicológico únicamente en el uso de un manual de intervención, ya que en el campo clínico, existen pacientes cuyos trastornos o problemáticas requieren una intervención más personalizada. Así mismo, un 79.5% de los profesionales encuestados, considera que el uso del manual ayuda a mejorar las técnicas utilizadas, más no los resultados finales en la terapia. Una propuesta para superar este tipo de barreras, puede ser realizar estudios sobre la eficacia del programa con los usuarios que acuden a los centros, involucrar a los

terapeutas para realizar adaptaciones sistemáticas a la intervención, y generar un tratamiento a la medida de las necesidades de la población que atienden.

Otra barrera importante sobre la percepción de la efectividad del uso del manual, es la autopercepción de los profesionales que están convencidos de que su experiencia y juicio clínico les permite ofrecer un tratamiento eficaz a sus pacientes, por lo que el uso de un manual puede ser solo una referencia para el tratamiento o no ser utilizado. Parte de esta creencia sobre el exceso de confianza al considerarse un profesional efectivo y la cultura de no utilizar prácticas basadas en evidencia, tiene su causa en el tipo de formación y capacitación que se imparte al terapeuta. Sin embargo, si se considera que la eficacia terapéutica depende en parte de la percepción profesional sobre la eficacia de una intervención, una estrategia que sería útil para trabajar estas barreras es mejorar la credibilidad en la práctica basada en evidencia científica en los profesionales de la salud y resaltar que utilizar este tipo de intervención, no merma la credibilidad individual sino que puede aumentar la autoeficacia percibida por el terapeuta al obtener resultados efectivos en sus intervenciones.

Si se parte de la premisa de que una percepción positiva hacia el uso de manuales de intervención promueve una mejor disposición a utilizarlos en la práctica clínica, modificar la percepción negativa del terapeuta sobre el manual de intervención, enfatizando los beneficios e incluyendo su opinión y experiencia al utilizarlo en su contexto laboral, puede generar resultados más exitosos en la adopción de los programas. Por ejemplo, si un terapeuta solo considera el uso de manuales de intervención como una imposición institucional que restringe su juicio clínico, probablemente no encuentre beneficios y utilidad al aplicarlo obteniendo efectos perjudiciales en el proceso de intervención.

En este estudio, así como en otras experiencias personales de capacitación de terapeutas, la percepción negativa hacia el uso de manuales es menos común en los profesionales, por lo que podemos suponer que en los terapeutas mexicanos existe una disposición favorable a utilizarlos. Sin embargo, si se consideran las inquietudes y barreras de aquellos profesionales que se muestran más resistentes, involucrándolos en la generación de un conocimiento más útil y adecuado a sus necesidades, esta minoría puede

aportar elementos que mejoren la transferencia de los programas. Para esto, los investigadores y personas que participan en la disseminación de los manuales de intervención, deben generar un diálogo centrado en las características y preocupaciones del terapeuta. Por ejemplo, un director de una institución o un capacitador en un taller, puede fomentar un debate sobre las ventajas y desventajas del uso de programas basados en evidencia científica, más que enfatizar la superioridad de la práctica basada en evidencia, la discusión debe centrarse en las perspectivas profesionales de la utilidad de estos manuales: los beneficios a su trabajo clínico, alternativas para atender a los pacientes, dificultades para aplicar la intervención, sugerencias para optimizar sus beneficios, experiencias al utilizarlos, entre otras.

La cuarta barrera identificada sobre el uso del manual de intervención se refiere a las cuestiones de viabilidad en la estructura y características del manual. Los profesionales mencionan dentro de este tipo de barreras las limitantes relacionadas con la comprensión, implementación y aceptación del manual de intervención por parte de sus pacientes. Una preocupación frecuente en las capacitaciones de los terapeutas es la percepción de que los manuales de intervención son complejos de aplicar y difíciles de comprender para sus usuarios, e incluso para ellos mismos, ya que consideran que tienen un lenguaje muy técnico y especializado. Otra limitante referida es la organización institucional para atender a los pacientes. Por ejemplo, algunos manuales piden aplicar las sesiones una vez por semana con una duración de una hora, en la práctica, las instituciones brindan el servicio cada quince o hasta treinta días, dependiendo de la saturación de la agenda, y cuentan con horarios de sesión menores a sesenta minutos.

La aceptación de los pacientes sobre el tipo de intervención, es otra limitante identificada sobre la viabilidad de los manuales. Al igual que cualquier intervención psicológica, el uso de un programa basado en evidencia requiere de la capacidad, motivación y voluntad de un paciente para participar activamente en el tratamiento (Addis, Wade & Hatgis, 1999). Estos aspectos son importantes para el terapeuta clínico, ya que no todos los pacientes tienen las habilidades de lecto-escritura para realizar los ejercicios, o algunos de ellos no simpatizan con el tipo de técnicas cognitivas utilizadas lo que pudiera provocar que el paciente deserte del proceso de intervención. Este tipo de barreras en la

transferencia de conocimiento ha sido poco investigada, lo que se sugiere es abrir el canal de comunicación para identificar el perfil de los usuarios que son atendidos en las instituciones, conocer la organización sistémica de las instituciones que brindan el servicio de atención psicológica para adecuar las sesiones a su esquema y ritmo de trabajo, generar manuales de intervención junto con expertos en el área clínica que provean de un lenguaje científico claro y comprensible para los profesionales de la salud y finalmente incluir a los usuarios para valorar la viabilidad y características de los ejercicios contenidos en el manual de intervención.

En los resultados obtenidos dentro del apartado sobre la definición y utilidad del manual de intervención, los participantes evaluados reportaron ventajas de utilizar los programas basados en evidencia científica en la práctica clínica, sin embargo también se muestran preocupados por su autonomía profesional, la calidad de la relación terapéutica y ser capaces de proporcionar una atención efectiva para los clientes en el contexto laboral donde se desempeñan.

Los manuales pueden ofrecer una gran cantidad de beneficios a la práctica del terapeuta que a menudo se ve abrumada por una variedad de demandas y la escasez de tiempo. Los profesionales en esta encuesta apoyaron el uso de los manuales y sus funciones ya que pueden proporcionar ideas específicas de tratamiento, inspiración, resolución de problemas, exposición a nuevos métodos, herramientas de tratamiento (como folletos para el paciente) y sobre todo, un marco específico y validado para proveer un tratamiento efectivo a sus pacientes. Sin embargo, también identifican claramente los aspectos en donde se puede mejorar el manual de intervención para facilitar el proceso de transferencia de conocimiento y obtener una intervención más adecuada a sus necesidades.

El tercer objetivo específico fue analizar las variables sociodemográficas del terapeuta asociadas a las barreras en el uso de manuales de intervención breve. Con base en los resultados obtenidos se discute si la muestra evaluada presenta diferencias entre los grupos de edad, experiencia, orientación teórica y región del país donde laboran, comparando los resultados obtenidos con los supuestos encontrados en la literatura respecto a las barreras del terapeuta en la adopción de programas de intervención con evidencia científica. Para analizar la asociación entre las características de los profesionales y las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

barreras en el uso de manuales, se realizó un análisis estadístico por medio de la correlación no paramétrica Rho de Spearman, correlacionando las variables de percepción positiva o negativa hacia el manual y su edad, experiencia, orientación, entre otras.

En la literatura se han identificado algunas barreras en relación al terapeuta para la adopción de programas de intervención breve, éstas son características personales asociadas al profesional que influyen en su decisión para utilizar manuales en su práctica clínica.

Respecto a la edad de los terapeutas, algunos estudios (Addis & Krasnow, 2000) postulan la hipótesis de que aquellos profesionales más jóvenes o que recién estudiaron, se muestran más abiertos a adoptar nuevas tecnologías y aplicar los conocimientos en los cuáles son capacitados debido a su poca experiencia, en este caso el promedio de edad fue de 35.4 años (con un rango de 25 a 59 años) y al establecer una relación se encontró que la edad y las actitudes hacia los manuales de intervención no se correlacionaron significativamente ($r = .021$, $p > 0.05$); lo anterior nos puede orientar a buscar estrategias de diseminación basadas en otros atributos de los terapeutas que fungen como barreras más determinantes en el proceso de transferencia.

Otro aspecto evaluado fue el lugar de residencia de los terapeutas, en México la cobertura en la diseminación de los programas de intervención breve es distinta en las diferentes regiones del país, de la muestra evaluada el 57.1% radica en la zona centro del país, el 31.3% en la zona norte y 11.6% pertenece a los estados del sur; debido al tipo de capacitación que se tiene en cada zona, se esperaría que aquellos participantes que han tenido acceso a pocos recursos de diseminación presentarán más barreras hacia el uso de manuales. Sin embargo, de los terapeutas que puntuaron más alto en el factor negativo, el 37% pertenece a la zona norte y sur del país, y el 63% de la región centro donde se ha tenido mayor acercamiento y supervisión de los terapeutas, si bien la muestra no es equitativa en las distintas regiones del país, estos datos reflejan que las acciones de capacitación pueden mejorarse optimizando las estrategias considerando las características de aquellos que reciben una supervisión y capacitación más cercana, pero no muestran una disposición positiva hacia el uso de manuales.

La experiencia en la práctica clínica es otro aspecto que ha sido investigado sobre las barreras del terapeuta, en este estudio los participantes tienen un promedio de 7.6 años de experiencia en la práctica clínica, y la mayoría de ellos presentan una disposición positiva hacia el uso de manuales en su contexto laboral; investigaciones al respecto (Addis & Krasnow, 2000) proponen que los años de experiencia clínica están relacionados con una disposición positiva o negativa hacia el uso de los manuales, aquellos terapeutas que tienen mayor experiencia pueden mostrar más barreras debido a que sus habilidades y juicio clínico les permiten brindar a sus pacientes tratamientos efectivos sin la necesidad de seguir un manual, de igual manera aquellos profesionales con poca experiencia, se muestran más receptivos a utilizar tratamientos que han demostrado su eficacia. Los datos obtenidos reflejaron que la experiencia clínica ($r = .082$, $p > 0.05$) no correlacionó significativamente con la disposición a utilizar manuales. Por lo anterior, se correlacionó únicamente a los terapeutas con menos años de experiencia en la práctica con el Factor Positivo y Negativo, teniendo en cuenta la información encontrada en la literatura, y se encontró que respecto a las percepciones negativas y positivas, existe una débil relación entre el número de años en la práctica y la disposición a utilizar manuales de intervención.

Finalmente la orientación teórica del terapeuta, es otra barrera identificada en la literatura para utilizar manuales de intervención en la práctica. Aquellos terapeutas formados desde una corriente epistemológica distinta, pudieran mostrarse resistentes a las técnicas y fundamentos utilizados en los programas, debido a que no concuerdan con su estilo terapéutico y formación profesional; la distinta formación académica también puede generar dificultades para comprender los términos teóricos y lenguaje científico utilizados en el manual de intervención. Al igual que en las características anteriores, la orientación teórica del terapeuta no correlacionó significativamente con la disposición a utilizar un manual ($r = .108$, $p > 0.05$). El 70.5% de los participantes se formó en la corriente cognitivo-conductual y el resto en las corrientes humanistas y psicoanalistas, por lo que a nivel general, los participantes mostraron una disposición positiva, pero no solo aquellos formados desde la corriente cognitivo-conductual evaluaron positivamente el uso de manuales, también son aceptados por profesionales de otras corrientes teóricas. Respecto a los terapeutas que evaluaron negativamente a los manuales, el 27% pertenecían a una

corriente distinta a la cognitivo-conductual, y el 73% fueron formados desde la corriente que fundamenta los programas de intervención breve basados en evidencia, lo cual nos muestra que la orientación teórica puede ser un elemento importante en la adopción, pero no garantiza el éxito en la transferencia, hay que identificar las experiencias, limitantes y condiciones que presentan los terapeutas que a pesar de ser formados en la orientación cognitivo-conductual, no se muestran dispuestos a utilizar los manuales en la práctica. Las variables asociadas al terapeuta en este estudio no correlacionaron significativamente para considerarlas barreras, un aspecto importante para resaltar es el tamaño y características de la muestra, si se buscará una muestra más grande y aleatoria, posiblemente los resultados sean más contundentes. De cualquier manera, las particularidades encontradas en aquellos que se muestran resistentes al uso de manuales, nos proporciona información relevante para considerar en los procesos de transferencia.

El cuarto objetivo específico fue identificar las percepciones de los terapeutas sobre el contenido y estructura de los programas de intervención breve para el tratamiento de adicciones. Los manuales utilizados varían mucho en la estructura y contenido de sus técnicas y antecedentes teóricos, en este apartado de la discusión se analiza la percepción sobre la estructura y contenido del manual, comparándola con las características que ellos proponen debe contener el manual ideal, así como las características y estructura que presentan los manuales más utilizados en la práctica clínica y los de su preferencia.

En general, las respuestas obtenidas sobre los manuales de intervención fueron positivas, y se obtuvieron sugerencias claras que se pueden incluir en los manuales para facilitar su uso en la práctica. La mayoría de los terapeutas participantes, utilizan hasta cuatro manuales diferentes en su práctica, mostrando mayor preferencia por los manuales de intervención para adolescentes y bebedores problema. Aspectos similares que comparten estos manuales es una fundamentación teórica clara, organización de las sesiones dentro del manual con protocolo y ejercicios, esquema ordenado al interior de las sesiones desde el comienzo hasta el cierre de la sesión siguiendo la misma congruencia en todo el tratamiento, información clara sobre la calificación de los instrumentos de evaluación incluidos, listas checables o resumen de las actividades a realizar cada sesión y formatos de seguimiento.

La mayoría de los profesionales aportaron sugerencias de mejora a los manuales y mencionaron características que se pueden integrar en la elaboración de un manual útil para la práctica clínica y así disminuir las barreras: incluir imágenes y formatos llamativos en el manual, ejemplos para realizar adaptaciones de las técnicas del programa o bien especificaciones donde no se pueden realizar tales adaptaciones, orden en los contenidos del manual y las sesiones del tratamiento, lenguaje claro y comprensible para el terapeuta, lenguaje adecuado en los ejercicios para el usuario, consejos prácticos para lograr la efectividad del tratamiento y cumplir los objetivos de la sesión, además, ejemplos de casos clínicos y pacientes con múltiples diagnósticos.

En la literatura se identificaron otras sugerencias a los manuales, son aspectos sencillos que pueden marcar una diferencia significativa en el proceso de transferencia. Una opción viable para complementar los manuales que actualmente se utilizan en los Centros de Atención Primaria en Adicciones, sería someterlos a una valoración por parte de los profesionales de la salud y los investigadores, en donde se obtenga el perfil del contexto clínico, los terapeutas y los usuarios que permitan realizar adaptaciones en los manuales para hacerlos más útiles en los escenarios clínicos. Una vez complementados, someterlos a una evaluación empírica sobre el uso y ejecución de los terapeutas al aplicarlos en su ejercicio profesional, con el propósito de asegurar que el programa sigue siendo efectivo.

Dentro de las sugerencias obtenidas en el estudio y en las experiencias personales de capacitación a terapeutas, se observa la necesidad de incluir algunas habilidades terapéuticas básicas para implementar el tratamiento. Una notable ventaja al incorporar estas habilidades dentro del manual, es evaluar el grado de formación y competencia necesaria en el terapeuta para aplicar las intervenciones, y a la vez se le estaría habilitando en el tipo de formación requerida para que ejecute el programa de una forma más eficaz. Schaeffer (1983) definió que una terapia efectiva puede ser conceptualizada como la integración exitosa de las habilidades básicas profesionales y las técnicas terapéuticas específicas, por lo tanto, ya sea que las habilidades básicas sean la esencia de la terapia, o un sustento previo para aplicar técnicas especializadas, se han relacionado con los resultados efectivos en los tratamientos y sería muy benéfico que éstas se incluyeran en los contenidos de los manuales de tratamiento.

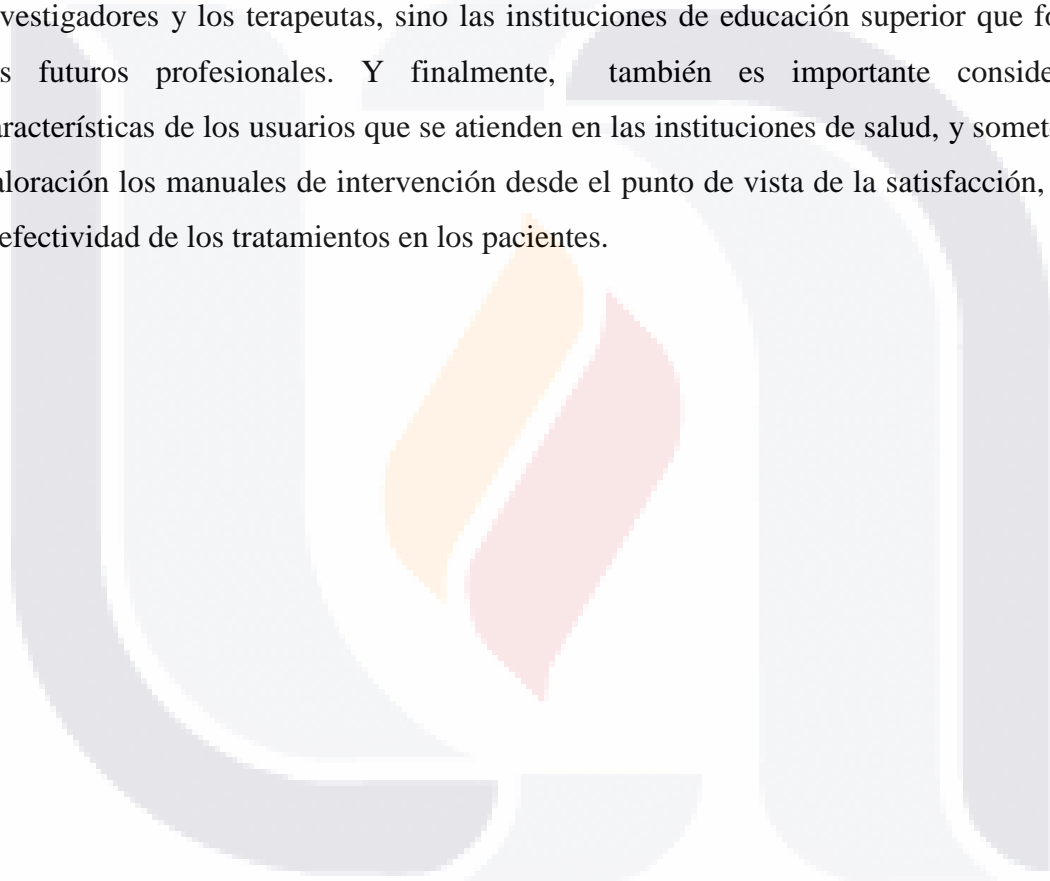
TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El último objetivo específico fue proponer estrategias para la elaboración de manuales de intervención breve que favorezcan el proceso de transferencia de conocimiento y consideren las necesidades de los adoptantes en los escenarios clínicos. A lo largo de la discusión se han esbozado las principales barreras y se han definido algunas alternativas que pueden contribuir a solucionarlas.

Sin embargo, se puede condensar la información obtenida, en estrategias que pueden aportar beneficios para que el manual de intervención sea un medio de transferencia más efectivo. La primera estrategia es continuar con el canal de comunicación abierto de manera bidireccional entre investigadores y profesionales para evaluar y mejorar de manera continua los contenidos de los manuales de intervención, de manera que se actualicen los programas conforme avance el conocimiento científico y las necesidades que se cubren en los escenarios clínicos. Los investigadores deben estar a la vanguardia en los métodos y técnicas más novedosas para el tratamiento en el consumo de sustancias, y a la par, los terapeutas pueden proporcionar información sobre la aceptación del tratamiento en los usuarios, las dificultades al momento de intervenir, los conceptos y técnicas que no sean claras y viables de implementar y cualquier otra barrera que afecte su capacidad para incorporar una intervención basada en evidencia científica en la atención a los usuarios. A la vez diálogos frecuentes de este tipo, incorporará a los terapeutas en la generación de conocimiento científico y sus contribuciones pueden apoyar a que no perciban como una imposición de los investigadores, la práctica basada en evidencia.

Una segunda estrategia para incorporar en los manuales de intervención, así como en otros medios de transferencia de conocimiento, es aclarar y definir concretamente qué es un manual de intervención y cuáles son sus funciones en la práctica clínica. Si bien se pueden conceptualizar de manera distinta entre los adoptantes de los escenarios de investigación y los clínicos, una evaluación sistémica de como los profesionales de la salud conceptualizan el contenido y función de los manuales de intervención, podría generar un concepto más pertinente sobre el rol de los manuales desde un punto de vista clínico, para elaborar productos más adaptados a los contextos reales.

Una tercera estrategia relacionada con la transferencia de conocimiento por medio de manuales, es considerar como apertura en la formación sobre la práctica basada en evidencia científica, incorporar estos conocimientos desde la educación en pregrado y reforzarlos en las especializaciones y estudios de posgrado, esto puede fomentar a que más profesionales estén familiarizados con los manuales, y se habiliten desde su formación en las habilidades, flexibilidad y competencias necesarias para aplicar estos tratamientos. De esta manera se une al eslabón en la transferencia de conocimiento, no solo los investigadores y los terapeutas, sino las instituciones de educación superior que forman a los futuros profesionales. Y finalmente, también es importante considerar las características de los usuarios que se atienden en las instituciones de salud, y someter a una valoración los manuales de intervención desde el punto de vista de la satisfacción, utilidad y efectividad de los tratamientos en los pacientes.



CONCLUSIÓN GENERAL

El objetivo principal de este estudio fue establecer un puente de comunicación entre los investigadores y los profesionales de la salud para superar las barreras de los terapeutas hacia el uso de los manuales de intervención para el tratamiento de adicciones. Se realizó un esfuerzo de amplio alcance para identificar las aportaciones de los terapeutas sobre las dificultades, éxitos y retos al utilizar los tratamientos basados en evidencia científica en los escenarios clínicos, y mejorar el proceso de transferencia de conocimiento y adopción de estos programas. La propuesta de incorporar al profesional de la salud en la investigación no es nueva, pero la cuestión aquí planteada es diferente, los terapeutas son los usuarios finales de los manuales de intervención, su aportación no está al servicio de incrementar el conocimiento en la investigación aplicada, sino a la mejora de sus resultados en la práctica clínica. El Modelo de Comunicación para la transferencia de conocimiento utilizado aporta la posibilidad de construir sistémicamente un proceso de retroalimentación entre el terapeuta para la elaboración y disseminación de los manuales de tratamiento. Claramente se identifican las áreas que son difíciles de entender, cuales aspectos son muy técnicos en el manual, que contenidos son menos viables durante la intervención, entre otros. Este fue un primer acercamiento a los profesionales de la salud en nuestro país, lo ideal sería expandir este tipo de estudios a terapeutas de diferentes niveles y contextos laborales.

Este estudio permitió identificar las barreras existentes en el uso de manuales de intervención en los escenarios clínicos, sin embargo, hay una gran necesidad de obtener más información sobre la práctica de los terapeutas, percepción, sentimientos acerca de los manuales de intervención y el rol de los programas de intervención breve con evidencia científica en la práctica clínica. Esta información debe recopilarse en formatos diferentes, tanto en estudios cuantitativos como cualitativos. Este trabajo de investigación proporciona información cuantitativa, pero sería muy valioso contar con grupos focales centrados en las preocupaciones de los terapeutas, sus propuestas, sus limitantes y las dudas sobre el uso de manuales de tratamiento en la práctica clínica.

Por otra parte, la información también debe ser buscada acerca de los factores sistémicos y contextuales que afectan la capacidad de los psicólogos para utilizar las intervenciones con evidencia científica y no centrarse solo en las variables asociadas al terapeuta (formación epistemológica diferente, experiencia clínica, edad, grado académico). Es necesaria más investigación orientada al diálogo entre investigadores y terapeutas sobre las dificultades y éxitos en el empleo del manual en los escenarios reales, lo importante es comprender cómo los profesionales de la salud en la clínica definen e implementan la práctica basada en evidencia y no en lo que los investigadores consideran debe ser el estado ideal de su aplicación en la práctica. Aunque existe un interés en la transferencia de conocimiento de los programas de intervención con evidencia científica, actualmente no existen prácticas estandarizadas para la transferencia y una guía para capacitar a los terapeutas en la utilización de un manual en los escenarios clínicos. Respecto al contenido de los manuales, incluir en estos factores comunes como las habilidades terapéuticas básicas para lograr la efectividad de los programas, permitirá uniformizar el grado de formación de los profesionales y aportará la competencia necesaria para ejecutar las diferentes intervenciones, de esta manera los manuales se pueden mejorar si se incluye la descripción de las estrategias clínicas comunes, así como de las técnicas específicas para lograr los objetivos de cada intervención.

La lectura de un manual de intervención no es suficiente para alcanzar el dominio de un programa de intervención y ejecutarlo con eficacia. Este es un consenso en la literatura y entre los participantes de este estudio. Los manuales pueden complementarse con la supervisión, la consulta con los colegas, obtención de datos de retroalimentación y los resultados de los pacientes, así como una constante actualización y capacitación sobre el área de trabajo en donde se utilizan.

Los investigadores que escriben los manuales de tratamiento pueden incorporar elementos altamente valorados sobre las características de los manuales. Los terapeutas en este estudio formularon recomendaciones específicas sobre el manual ideal que pueden ayudar a los escritores como guía de futuros manuales. Mantener el canal de comunicación entre investigadores y profesionales de la salud, da la posibilidad de generar conocimiento útil en los escenarios clínicos y procesos de transferencia más efectivos.

REFERENCIAS

- Addis, M.E. (1997). Evaluating the treatment manual as a means of disseminating empirically validated psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 1-11.
- Addis, M. E., & Krasnow, A. (2000). A national survey of practicing psychologists' attitudes towards psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 331-339.
- Addis, M. E., Wade W, Hatgis C. (1999). Barriers to evidence based practices: Addressing practitioners' concerns about manual based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1999; 6, 430-441.
- Alcántara, S.G. (2007) Diseminación del programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema en los centros de integración juvenil. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de México.
- American Psychological Association (1996). *Guidelines and Principles for Accreditation of Programs in Professional Psychology*. Washington, DC: Am. Psychol. Assoc.
- Archer, L. (1991). Marketing new ideas about treatment. *Alcohol health*, 15, 213-214.
- Ayala, H. E. (1997). Modelo de capacitación para la atención a bebedores en riesgo. *Memorias del II Congreso Internacional de Fomento de la Salud ante las Adicciones: "Las adicciones más que un problema de salud pública"*. (pp. 58-59). México, D. F.
- Ayala, H. E. (2001). Intervenciones motivacionales con bebedores problema en México: resultados iniciales. En Ayala, V. H. y Echeverría, S. L. (comp). *Tratamiento de conductas adictivas*. México, UNAM, 81-92.
- Ayala, H. E., Echeverría, L. Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1997). Auto control dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 113-127.
- Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (2001). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. En Ayala, V.

H. y Echeverría, S. L. (comp.). *Tratamiento de conductas adictivas*. México: UNAM, 25-51.

Azrin, N. H., Donohue, B., Besalel, V., Kogan, E. & Acierno, R. (1994). Youth drug abuse treatment: A controlled out- come study. *Journal of Child and Adolescent Drug Abuse*, 3, 1-16.

Azrin, N. H., Acierno, R., Kogan, E., Donahue, B., Besalel, V., & McMahon, P. T. (1996) Follow-up results of supportive versus behavioral therapy for illicit drug abuse. *Behavioral Research & Therapy* 34(1), 41-46.

Backer, T. (1991). *A Review of the Literature on Dissemination and Knowledge Utilization*. Southwest Educational Development Laboratory. National Center for the Dissemination of Disability Research (NCDDR)

Backer, T. E., Liberman, R. P., & Kuehnel, T. G. (1986). Dissemination and adoption of innovative psychosocial interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54, 111-118.

Balluerka, N., Gorostiaga , A., Alonso, I., y Haranburu, M. (2007). La adaptación de instrumentos de medida de unas culturas a otras: una perspectiva práctica. *Psicothema*, Vol. 19, No. 1, pp.124-133.

Barlow, D.H. (1981). On the relation of clinical research to clinical practice: Current issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 49, 147-155.

Barlow, D.H., & Craske, M.G. (1988). The phenomenology of panic. In S.J. Rachman & J.D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological Perspectives* (pp. 11-36). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Barlow, D. H., Hayes, S. C., & Nelson, R. O. (1984). *The scientist practitioner: Research and countability in clinical and educational settings*. New York: Pergamon.

Barragán L., González J., Medina-Mora M. & Ayala H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28,1:61-71.

- Benedyk, M., Berglund, L., Facciotti, M., Mobley, W. & Zucker, D. (2009) Strategies for Innovation and Interdisciplinary Translational Research: Research and Career Benefits and Barriers. *Journal of Investigative Medicine, Volume 57, Number 2*, pp. 477-481
- Binder, J., (1993). Observations on the training of therapists in time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy, 4*, 592-598.
- Borkovec, T. D., Abel, I. L., & Newman, H. (1995). Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*,479-483.
- Breckler, S. J. (2006). Embracing the many applications of psychology. *Monitor on Psychology, 37*(4). Recuperado de <http://www.apa.org/monitor/apr06/sd.aspx>
- Bruce, B. C., & Peyton, J. K. (1999). *Literacy development in network-based classrooms: Innovation and realizations*. International Journal of Educational Technology, 1(2).
- Cabiesses, B. & Espinoza, M. (2011). La investigación traslacional y su aporte para la toma de decisiones en políticas de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, Vol 28*(2), pp. 288-297
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685-716
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., & Pope, K. S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist, 49*, 5 -18.
- Campillo, C., Díaz, M. R., Romero, M. & Padilla, G.P. (1988) El médico general frente al bebedor problema. *Salud Menta,11*(2),4-12.
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. International Journal of Clinical and Health Psychology, 5, 521-551.
- Carroll, K., Rounsaville, B., Nich, C., Gordon, L., Wirtz, P. & Gawin, F. (1994) One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed

emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry* 51(12),989–997.

Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P.J., and Hayes, A.H. (1996). Predicting outcome in cognitive therapy for depression: A comparison of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.

Crits-Christoph, P., Frank, E., Chambless, D. L., Brody, C., & Karp, J. F. (1995). Training in empirically- validated treatments : What are clinical Psychology students learning? *Professional Psychology Research Practice*, 26, 514-22

Centro de Control y Prevención de Enfermedades (2006). Recuperado el 12 de diciembre del 2012 de <http://www.cdc.gov/spanish/CDC/acceso.html>

Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones CENADIC (2012). Recuperado de: <http://www.cenadic.salud.gob.mx/>

Comisión Nacional contra las Adicciones CONADIC (2010). Recuperado de: <http://www.conadic.salud.gob.mx/>

Cordova, J. V., & Koerner, K. (1993). Persuasion criteria in research and practice: Gathering more meaningful psychotherapy data. *The Behavior Analyst*, 16, 317-330.

Craighead, E. W., & Craighead, L. W. (1998). Manual-Based Treatments: Suggestions for Improving their clinical utility and acceptability. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 403–407

Crosswaite, C., & Curtice, L. (1994). Disseminating research results: The challenge of bridging the gap between health research and health action. *Health Promotion International*, 9, 289-296.

Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud. Especialidad: Promoción de la Salud y Prevención del Comportamiento Adictivo, (2011) México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Coordinación de Universidad Abierta y Educación a Distancia. Link: http://www.cuaed.unam.mx/esp_adicciones/

- Diamond, G. & Liddle, H. (1996). Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 481-488. doi: 10.1037/0022-006X.64.3.481
- Dobson, K., Shaw, B. (1988). The use of treatment manuals in cognitive therapy: Experience and issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 1-8
- Doheny-Farina S. (1992) *Rhetoric, Innovation, Technology*. Ed. Cambridge, MA: MIT Press.
- Echeverría, S. V. L., Ruiz, T. G. M., Salazar, G. M. L., & Tiburcio, S. M. A. (2004). Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema.
- Eifert, G. H., Schulte, D., Zvolensky, M. J., Lejuez, C. W., & Lau, A. (1997). Manualized behavior therapy: Merits and challenges. *Behavior Therapy, 34*, 1-12.
- Elliott, R. (1983). Fitting process research to the practicing psychotherapist. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20*, 47-55
- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011). Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Recuperado en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pie/ena2011.html> .
- Especialización: Promoción de la Salud y Prevención del comportamiento adictivo (2011). Coordinación de Universidad Abierta y Educación a Distancia-UNAM. En: http://www.cuaed.unam.mx/esp_adicciones/
- Fernández Montalvo, J., Echeburúa, E., (1997). Manual del juego patológico. *Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*, Madrid
- Fisher, W. W. & Mazur, J. E. (1997) Basic and applied research on choice responding. *Journal of Applied Behavior Analysis, 3*, 387-410. doi: 10.1901/jaba.1997.30-387
- Forrest, J. E. (1991) Models of the Process of Technological Innovation. *Technology Analysis & Strategic Management, 3*, 439-453

Fundación Cotec (2003). Nuevos mecanismos de Transferencia de tecnología. Recuperado de <http://www.cotec.es/index.php/publicaciones> el 08 de junio del 2012.

García, J.L. (2009) *Como elaborar un proyecto de investigación*. Universidad de Alicante.

Garfield, S. L. (1996). Some problems associated with “validated” forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 218-229.

Goldfried, M. R. (1991). Research issues in psychotherapy integration, *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 5-25.

Gonzalez Savater, J. (2011). *Manual de transferencia de tecnología y conocimiento*. España: Instituto de transferencia de tecnología y conocimiento

Hagermoser Sanetti, L. M., & Kratochwill, T. R. (2008). Treatment integrity in behavioral consultation: measurement, promotion, and outcomes. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4, 95-114.

Hayes, S. C. (1995). What do we want from scientific standards of psychological practice? In S. C. Hayes, V. M. Follette, R. M. Dawes & K. E. Grady (Eds.), *Scientific standards of psychological practice: Issues and recommendations* (pp. 49-66) Reno, NV: Context Press.

Hayes, S. C., Gifford, E. V., & Hayes, G. J. (1998). Moral behavior and the development of verbal regulation. *The Behavior Analyst*, 21, 253-279.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1991) *Metodología de la investigación*. México: Edit. McGraw-Hill.

Hobday, M. (2005). Firm-level Innovation Models: Perspectives on Research in Developed and Developing Countries. *Technology Analysis & Strategic Management*, 17, 121-146

- Hughes, J. R. (1991). Combined psychological and nicotine gum treatment for smoking: a critical review. *Journal of Substance Abuse, 3* (3), 337-350.
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*, 138-156.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas NIDA (2013) Recuperado en: <http://www.drugabuse.gov>.
- NIDA. (2004). Developing effective addiction treatments. *Nida Notes*, vol 9 (1).
- Kazdin, A. E. (2009) Bridging science and practice to improve patient care. *American Psychologist, Vol 64*(4), 276-279. doi: 10.1037/a0015600
- Kendall, P.C. (1998). Directing misperceptions: Researching the issues facing manual-based treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*, 396-399.
- King, N. & Anderson, N. (2003) *Cómo administrar la innovación y el cambio. Guía crítica para organizaciones*. Madrid: Thomson Editores.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York, NY: Basic Books Inc Publishers.
- Labrador, F., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2004) *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson. S.L
- Lambert, M. J. & Bergin A. E. (1994) *The effectiveness of psychotherapy. Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (eds A. E. Bergin & S. L. Garfield), pp. 143–189. New York, NY: John Wiley and Sons.
- Lehman, C.L., Brown, T.A. & Barlow, D. H. (1998) Effects of cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia on concurrent alcohol abuse. *Behavior Therapy, 29*, 423-433
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Steinmetz, J. L., & Teri, L. (1984). *The coping with depression course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Eugene, OR: Castalia.

- Libertad, M. (2004) Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. Vol.30, n.4 [citado 2013-09-19], pp. 0-0. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662004000400008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.
- Lira, M. J., González, B. F., Carrascoza, V. C., Ayala, V. H. & Cruz, M. S. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud Mental*, 32.
- López, C.F. (2010) *Intervención Breve para Usuarios de Marihuana IBUM*. México:CONADIC
- Luborsky, L. (1993). Recommendations for training therapists based on manuals for psychotherapy research. *Psychotherapy*. 30, 578-580.
- Luborsky, L.& DeRubies, R. (1984). The use of Psychotherapy Treatment Manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4, 5-14.
- Maksabedian, J. (1980) El proceso social en la innovación y transferencia tecnológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 12, número 001. Colombia: Fundación universitaria Konrad Lorenz.
- Marlatt, G., y Gordon, J., (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York.
- Martín, M., Martínez, J. & Martín, A. (2007). Psicología social contemporánea e intervención social. Modelo sistémico para orientar la investigación aplicada y la intervención social. *Boletín de Psicología*, 91, 55-82
- Martínez, M. K., Carrascosa, V. C. & Ayala, V. H. (2003). Una estrategia de disseminación en la psicología: los talleres interactivos. *Salud Pública de México*. 45 (1) [En red]. Disponible en: http://www.insp.mx/salud/45/451_1.pdf.
- Martínez, M.K.I., Ayala, V.H., Salazar, G.M.L., Ruíz, T.G. M & Barrientos, C.V. (2005) *Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del Terapeuta*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

- Martínez, K., Salazar, M, Ruiz, G., Barrientos, V. & Ayala, H. E., (2005). Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Manual del Terapeuta. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología*
- Martínez, K. I. & 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.
- McCarty, D., Edmundson, E. y Hartnett, T. (2006). Charting a path between research and practice in alcoholism treatment. *Alcohol Research and Health*. 29 (1), 5-10
- Mattson, M. E. & Donovan, D. M. (1994) Clinical Applications: The transition from research to practice. *Journal of Studies on Alcohol*, 12 pp163-166.
- Medina–Mora, M. E., Rojas, E. & Real, T. (2007). Tendencias recientes en el panorama epidemiológico de México ¿por qué es importante el tratamiento?. En S.L., Echeverría, V.C., Carrascoza, & M. L., Reidl (Eds). *Prevención y tratamiento de conductas adictivas* (pp. 17–30). México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991) *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten Things That Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 129-140. doi: 10.1017/S1352465809005128
- Muñiz, Elosua & Hambleton (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, Vol 25 (2), 151-157.
- Natera G, Oxford J, Tiburcio M & Mora J. (1998). Programa Modelo para la Prevención del Abuso de Alcohol y otras Drogas entre los trabajadores y sus familias. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Secretaria de Salud. Consejo Nacional contra las Adicciones.

Najavits, L. M., Weiss, R. D., Shaw, S.R y Dierberger, A. E.(2000) Psychotherapists' Views of Treatment Manuals. *Professional Psychology: Research and Practice*. American Psychological Association, Vol. 31, No. 4, 404-408 0735-7028/00/\$5.00 DOI: 10.1037//0735-7028.31.4.404

NOM-028-SSA2 (1999). Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Disponible en: www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf

Oropeza, R., Loyola, B. L & Vázquez, F. (2005) Tratamiento breve para usuarios de cocaína. México: CONADIC.

Ortega, V. A. (2000). Tratamiento cognitivo conductual para bebedores problema: un análisis de las situaciones de riesgo. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.

Pedroza, F. & Martínez, K. (2012) Investigación traslacional y transferencia de conocimiento en psicología. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, Vol 4, 2 pp. 130-135.

Perepletchikova, F., Treat, T. A. & Kazdin, A. (2007) Treatment integrity in Psychotherapy Research: Analysis of the Studies and Examination of the Associated Factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 829-841.

Persons, J. B. (1991). Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy: A proposed remedy. *American Psychologist*, 46, 99-106.

Persons, J. B. (1995). Why practicing psychologists are slow to adopt empirically-validated treatments. In S. C. Hayes, V. M. Follette, R. M. Dawes, & K. E. Grady (Eds.), *Scientific standards of psychological practice: Issues and recommendations* (pp. 141-157). Reno, NV: Context Press.

Pérez-Tamayo, R. (2001). Ciencia básica y ciencia aplicada. *Salud Pública de México*, Vol 43, pp. 3

Reyes, A. M (2012). Integridad del Tratamiento de un Programa Validado Empíricamente en terapeutas que laboran en escenarios clínicos. Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Aguascalientes

- Riquelme, E. & Romero, R. (2002). Abuso de drogas en la adolescencia: Abordajes terapéuticos. En *Centros de Integración Juvenil, A. C. (Comps.), Enfoques de tratamiento en adicciones* (pp. 265-281). México: C.I.J.
- Rodríguez, F.J (1989) Transferencias de Tecnologías. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Rodríguez. S.J (2007) Proceso de diseminación del modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema en el IMSS. Tesis de Maestría
- Rogers, E. (1995). *Difusión of innovations* New Cork: Free Press.
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S. & Medina-Mora, M. E. (2011) Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental, (34)*, 351-365, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México.
- Rosemberg, N. (1992). Progreso técnico: el análisis histórico. Oikos Tau, Barcelona.
- Rothwell, R. (1994). Towards the Fifth-generation Innovation Process. *International Marketing Review, 11*, 7-31
- Ruíz, A. & Medina-Mora, M. E. (2006) Modelo de Entrenamiento en Habilidades para Adolescentes entre 12 y 14 años. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de México
- Sánchez-Hervás, E. (2006). La investigación en el tratamiento psicológico de las adicciones: en busca de la utilidad clínica. *Adicciones, (18)*, 3, 259-264
- Santoyo, C. (2012). Una visión optimista de la evolución y beneficios de la investigación traslacional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 4*, 146-153
- Shaw, B. F. (1984). Specification of the training and evaluation of cognitive therapists for outcome studies. In J. Williams & R. Spitzer (Eds.), *Pshychotherapy research: Where are we and where should we go?* (pp. 173-188). New York: Guilford Press.

- Schaeffer, N. D. (1983). The context of therapist behavior and outcome prediction. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 656-669.
- Schmidt, S. E., Liddle, H. A., & Dakof, G. A. (1996). Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during Multidimensional Family Therapy. *Journal of Family Psychology*, 10(1), 12-27. doi: 10.1037/0893-3200.10.1.12
- Secades Villa, R., Díez Alvarez, A. B., & Fernández Hermida, J. R. (1999). Eficacia de un programa multicomponente para dejar de fumar con y sin chicle de nicotina. *Psicología Conductual*, 7 (1), 107-118.
- Sobell, L. (1996) Bridging the gap between scientists and practitioners: The challenge before us. *Behavior Therapy*, 27, 297-320.
- Sterling, S. & Weisner, C. (2005) Chemical Dependency and Psychiatric Services for Adolescents in Private Managed Care: Implications for Outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* Volume 29, Issue 5, pp. 801–809. doi: 10.1097/01.ALC.0000164373.89061.2C
- Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key*. New York: Basic Books.
- Strupp, H. H. (1986). Psychotherapy: Research, practice and public policy (how to avoid dead ends). *American Psychologist*, 41, 120-130.
- Strupp, H. H. & Anderson, T. (1997) On the Limitations of Therapy Manuals. *American Psychological Association*, 4, 76-82
- Terence, Wilson (1998) Manual-Based Treatment and Clinical Practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 363–375
- Velasco, E., Zamanillo, I., & Gurutze, M. (2007) *Evolución de los modelos sobre el proceso de innovación: desde el modelo lineal a los sistemas de innovación*. XX Congreso Anual de Asociación Española de Dirección y Economía de la Empresa (AEDEM).

- Véliz, M. I., Martínez, K. I. & Hermosillo, E. (2012) Cuestionario sobre la Percepción del Psicólogo sobre los Manuales de intervención breve (CPPM). Manuscrito no publicado.
- Vera-Villaruel, P; Valenzuela, P; Abarca, O. & Ramos, N.(2005). Evaluación de una intervención conductual intensa y breve para el manejo de estados emocionales: un estudio piloto. *Acta Colombiana de Psicología* , 13, 121-131.
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Adherence and competence ratings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 620-630.
- Williams, F. & Gibson, D.V. (1990) *Technology Transfer: A Communication Perspective*. London: Sage Publications.
- Wilson, G. T. (1995). Empirically validated treatments as a basis for clinical practice: Problems and prospects. In S.c. Hayes, V. M. Follette, R. M. Dawes, & K.E. Grady (Eds.). *Scientific standards of psychological practice: Issues and recommendations* (pp. 163-196). Reno, NV: Context Press.
- Wilson, G. T. (1996). Manual-based treatments: The Clinical application of research findings. *Behavior Research and Therapy*, 34, 295-314.
- Wilson, T. G. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 363-375.
- Zweben, A. & Fleming, M. (1999) Brief interventions for alcohol and drug problems. *Expanding the range of behavior change initiatives*.

ANEXOS

ANEXO A. Invitación para el terapeuta a participar en el estudio

ANEXO B. Cuestionario de Percepción del Psicólogo hacia los Manuales de Intervención Breve (*CPPM)



ANEXO A

INVITACIÓN PARA EL TERAPEUTA A PARTICIPAR EN EL ESTUDIO



Estimado alumno:

El presente estudio forma parte de una investigación y tiene el objetivo de conocer la manera en que los terapeutas piensan respecto a los manuales de intervención breve para el tratamiento de adicciones, con la finalidad de generar estrategias que permitan un mejor uso de los manuales, basado en la opinión de los expertos que los emplean, es decir, los terapeutas que brindan la atención a los usuarios de los Centros de Atención para las Adicciones.

El instrumento tiene como propósito identificar: ¿cómo definen los terapeutas un manual de intervención breve, qué piensan de su utilidad en los escenarios clínicos y qué opinan de su estructura y efectividad como herramienta de transferencia de conocimiento.

Para lo cual, nos gustaría conocer su afinidad con algunas afirmaciones respecto a los manuales de intervención. En este cuestionario no hay respuestas “correctas” o “incorrectas”, solo se pretende conocer cómo piensa acerca de los manuales de intervención breve y su experiencia con ellos, así que por favor conteste todas las preguntas de manera veraz. La información recabada tendrá un carácter confidencial y de uso exclusivo para este estudio.

Anexo el Cuestionario Percepciones del Psicólogo sobre los Manuales de Intervención Breve (CPPM), el cuál se le solicita lo conteste dentro del mismo archivo, y enviarlo al correo miriamiliana@hotmail.com indicando en el correo su nombre y grupo dentro de la Especialidad

Agradezco de antemano el apoyo que preste a la presente investigación.

Atentamente

Lic. Miriam Iliana Véliz Salazar

Estudiante de la Maestría en Investigaciones Sociales y Humanísticas
Universidad Autónoma de Aguascalientes

Nota:

1. Si tiene alguna duda, puede contactarme en el siguiente correo electrónico: miriamiliana@hotmail.com.

ANEXO B

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DEL PSICÓLOGO HACIA LOS MANUALES DE INTERVENCIÓN BREVE (*CPPM)

NOMBRE:

1. Edad: _____ 2. Sexo: () Femenino () Masculino
3. Escolaridad: () Licenciatura () Maestría () Doctorado
4. Estado de la República Mexicana de procedencia:
5. ¿Cuántos años han pasado desde que egresó de la licenciatura? () años
6. ¿Cuántos años de experiencia tiene ejerciendo cómo psicólogo? () años
7. Aproximadamente, ¿cuántos años lleva laborando en la práctica clínica, al menos medio tiempo en alguna institución o consultorio? () años
8. ¿Cuántos pacientes atiende anualmente en la institución donde labora? (indique el número de casos aproximado)
- Infantes (0 a 2 años): () Adultos (18-64 años): ()
- Niños (3-12 años): () Adultos mayores (65 años o más): ()
- Adolescentes (13-17 años): ()
9. Orientación teórica predominante: (indique uno)
- Conductista () Cognitivo-conductual () Existencial/Humanista ()
- Aprendizaje social () Psicodinámico/psicoanálisis () Interpersonal ()
- Familiar sistémico ()
- Otros (por favor especifique) ()

Las siguientes preguntas son acerca de su experiencia con los manuales de intervención breve, por favor marque con una X la opción que más se parezca a su situación.

10. ¿Alguna vez ha escuchado sobre los manuales de intervención? Sí () No ()
11. ¿Qué conocimiento tiene de lo que es un manual de intervención breve?
- () No tengo conocimiento claro
- () Tengo conocimiento poco claro

- Tengo conocimiento claro
- Tengo conocimiento razonablemente claro
- Tengo conocimiento muy claro

12. ¿Considera útil emplear manuales de intervención breve en la práctica clínica?

- No tienen ninguna utilidad
- Son instrumentos poco útiles
- Son instrumentos útiles
- Son instrumentos muy útiles
- Son instrumentos demasiado útiles

13. ¿Qué tanta disposición tiene hacia el uso de los manuales de intervención breve en la práctica clínica?

- Tengo una disposición muy negativa hacia el uso de manuales, no los empleo en mi práctica
- Tengo una disposición negativa hacia los manuales, me desagrada utilizarlos
- Tengo una disposición neutral hacia los manuales, ni me agrada ni desagrada utilizarlos
- Tengo una disposición positiva hacia los manuales, me agrada utilizarlos
- Tengo una disposición muy positiva hacia los manuales, me agrada mucho utilizarlos

14. ¿En qué contexto se le presentaron por primera vez los manuales de intervención breve?

- En mis estudios de licenciatura
- En mis estudios de posgrado
- En mi escenario laboral
- Experiencias personales
- Otros (por favor especifique)

15. ¿Cómo describiría su experiencia con los manuales de intervención breve?

- Pésima
- Mala
- Regular
- Buena
- Muy buena

16. De manera más frecuente, ¿en qué contexto los utiliza?

- En el consultorio para atender pacientes
- En mis estudios
- En las instituciones educativas
- No los utilizo
- Otros (por favor especifique)

Estamos interesados en lo que piensa de los manuales de tratamiento, enseguida le presentamos una serie de afirmaciones acerca de los manuales de intervención breve. Por favor indique que tan de acuerdo esta con cada afirmación anotando en el espacio una "X"

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
17. El uso de un manual de intervención impide la formulación de casos individuales con los pacientes					
18. El uso de un manual de intervención limita la creatividad y el arte clínico					
19. Los manuales de intervención son adecuados para pacientes seleccionados para una investigación, pero no para pacientes del "mundo real"					
20. Los manuales de intervención fuerzan al terapeuta a conformarse con una orientación teórica					
21. Los manuales hacen a los terapeutas más técnicos que orientadores de seres humanos					
22. Los manuales reducen las habilidades terapéuticas para empatizar con los pacientes de manera personal					
23. Usando los manuales de intervención se anula la autenticidad y sinceridad de la interacción terapéutica					
24. Los manuales de intervención se enfocan más en las técnicas terapéuticas					

25. El uso de un manual de intervención reduce la importancia de los procesos psicológicos personales					
26. Los manuales de intervención son principalmente para terapias cognitivo-conductuales en comparación con los enfoques de terapia psicodinámicos					
27. Los manuales de intervención son adecuados para problemas bien definidos, pero no para la mayoría de las personas que buscan psicoterapia					
28. Después del uso de un manual de intervención se pueden mejorar los resultados terapéuticos, al garantizar que el tratamiento que se utiliza cuenta con apoyo empírico					
29. El campo de la psicoterapia debe enfocarse hacia la práctica casi exclusivamente basada en el manual					

30. Los manuales de intervención pueden ayudar al terapeuta a tener un seguimiento adecuado de las sesiones del tratamiento					
31. Los manuales de intervención pueden ayudar a los terapeutas a mantener el control en la contratransferencia					
32. El uso de un manual de intervención ayuda al psicólogo a evaluar y mejorar sus técnicas clínicas.					
33. Los manuales de intervención ayudan a los terapeutas a utilizar sólo intervenciones que han demostrado ser efectivas					
34. Los manuales de intervención ignoran las contribuciones particulares de los terapeutas como profesionales					
35. Los manuales obligan a clasificar las características individuales de los pacientes en categorías arbitrarias					
36. El uso de un manual de intervención permite a los terapeutas usar su intuición para atender a un paciente					
37. El uso de un manual de intervención promueve en					

el terapeuta pensar más en apearse al manual que a las necesidades individuales del paciente					
38. Los manuales de intervención, si se utilizan adecuadamente, mejorarán los resultados de pacientes atendidos en psicoterapia					
39. Si el tratamiento contenido en el manual ha demostrado científicamente su eficacia, el terapeuta esta éticamente obligado a utilizarlo en lugar de un tratamiento que no tiene validez empírica.					

Los terapeutas piensan de diferente manera acerca de los manuales de intervención breve. Por favor califique, según su opinión, si las siguientes afirmaciones caracterizan o describen a los manuales de intervención (señale una respuesta a cada afirmación)

	No es característico	Algo característico	Neutral	Característico	Muy característico
40. Incluyen descripciones de las técnicas terapéuticas específicas					
41. Énfasis en la importancia de la relación terapéutica					
42. Presentan una clara teoría de cambio					
43. Presentan una teoría sobre la psicopatología comprensible					
44. Muestran una discusión detallada de la relación entre la teoría y el tratamiento					
45. Son un "recetario" de técnicas terapéuticas					
46. Enfatizan la conceptualización individual de los casos					
47. Contienen ejemplos de casos clínicamente relevantes					
48. Los materiales que contienen son claros y apropiados para los pacientes					
49. El lenguaje con el que está escrito es adecuado y comprensible para el terapeuta					
50. Los manuales están organizados siguiendo un orden claro y funcional.					
51. Son un protocolo de tratamiento impuesto					

por el gobierno y los grupos de investigadores					
52. La duración de las sesiones es adecuada a los tiempos disponibles en las instituciones					
53. Los manuales contienen imágenes o ilustraciones que dan claridad a sus contenidos					

54. ¿Con qué frecuencia utiliza los manuales de intervención breve en su práctica clínica?

- a) Nunca utilizo manuales de intervención
- b) Rara vez utilizo manuales de intervención
- c) Algunas veces utilizo manuales de intervención
- d) Frecuentemente utilizo manuales de intervención
- e) Casi siempre utilizo manuales de intervención

55. ¿Cuántos diferentes manuales de intervención breve, utiliza regularmente en sus actividades profesionales?

- a) Ninguno
- b) 1-2
- c) 3-4
- d) Más de 4

Por favor escriba los manuales de intervención breve que utiliza con más frecuencia. Escriba aquí:

56. ¿Cuáles son sus manuales de intervención breve favoritos? Escriba aquí:

57. Para usted, ¿Qué características debería de tener el manual de intervención ideal? Escriba aquí:

Nota:

2. Si tiene alguna duda, puede contactarme en el siguiente correo electrónico: miriamiliana@hotmail.com.

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACIÓN Y APOYO EN ESTA INVESTIGACIÓN.