



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE AGUASCALIENTES**

**CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**TESIS**

**TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA EN EL ÁMBITO DE LA PSICOLOGÍA:  
EL CASO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA A LAS ADICCIONES  
DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**

**PRESENTA**

**EUNICE VARGAS CONTRERAS**

**PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORA EN PSICOLOGIA**

**TUTORA**

**DRA. KALINA ISELA MARTÍNEZ MARTÍNEZ**

**COMITÉ TUTORAL**

**DRA. JENNIFER LIRA MANDUJANO**

**DR. ROBERTO OROPEZA TENA**

**DRA. MARCELA TIBURCIO SAINZ**

**DR. FRANCISCO JAVIER PEDROZA CABRERA**

**Aguascalientes, Ags., junio de 2016.**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE AGUASCALIENTES  
CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES  
Y HUMANIDADES

ASUNTO: **CONCLUSIÓN DE TESIS**  
DEC. CCS y H. OF. N° 2340/2016

**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 **"TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA EN EL ÁMBITO DE LA PSICOLOGÍA: EL CASO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA A LAS ADICCIONES DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA"** de la **C. EUNICE VARGAS CONTRERAS** egresada del **DOCTORADO INTERINSTITUCIONAL EN PSICOLOGÍA**, 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., 19 de Mayo de 2016**  
**"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.- Atte.  
c.c.p.- DR. MIGUEL ANGEL SAHAGÚN PADILLA.- Representante Institucional del Doctorado en Psicología.- Atte.  
c.c.p.- C. EUNICE VARGAS CONTRERAS.- Egresada del Doctorado Interinstitucional en Psicología.- Atte.  
c.c.p.- Archivo Decanato

ggl

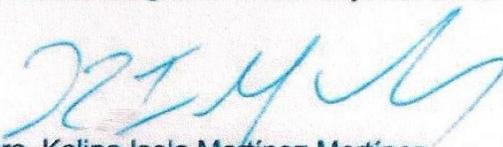


Doctor Daniel Eudave Muñoz.  
DECANO DEL CENTRO DE  
CS. SOCIALES Y HUMANIDADES  
PRESENTE

Por medio del presente, como Tutor designado del estudiante **EUNICE VARGAS CONTRERAS**, con ID 135356 quien realizó el trabajo de tesis titulado: **TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA EN EL ÁMBITO DE LA PSICOLOGÍA: EL CASO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA A LAS ADICCIONES DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**, y con fundamento en el Artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia, me permito emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que ella pueda proceder a imprimirla, y así como continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE  
"Se Lumen Proferre"  
Aguascalientes, Ags., a 17 de mayo de 2016.



Dra. Kalina Isela Martínez Martínez.  
Tutora



Dra. Jennifer Lira Mandujano.  
Lectora

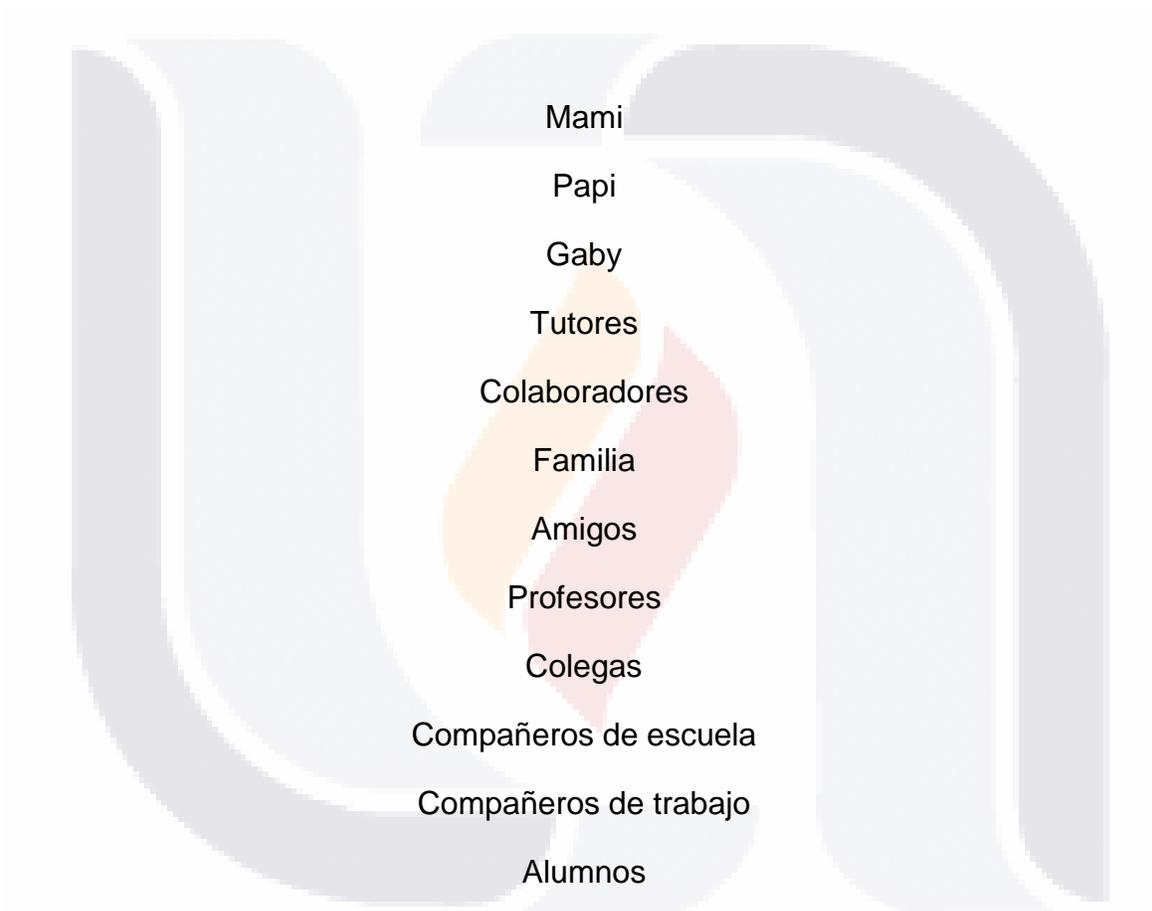


Dr. Roberto Oropeza Tena.  
Lector

c.c.p.- Interesado  
c.c.p.- Secretaría de Investigación y Posgrado  
c.c.p.- Coordinación del Doctorado Interinstitucional en Psicología

## AGRADECIMIENTOS

El final de esta etapa brinda una excelente oportunidad para la reflexión y para valorar a todas las personas que me han acompañado. Definitivamente me doy cuenta de lo bendecida que soy, porque este trabajo se construyó entre todos. Gracias, mil veces gracias desde el fondo de mi alma por estar conmigo...



De todos he recibido un invaluable apoyo, aprendizaje y cariño.

Investigación realizada gracias al apoyo de CONACYT.

## DEDICATORIA

Dedico mi trabajo a la niña que fui, por visualizar desde entonces que la escritura podría ser mi estilo de vida. También te agradezco por darte cuenta que la libertad no la otorga nadie, pues es inherente.

A quien soy, porque a pesar de todo, insistí.

Y a quien seré, mi mejor amiga.

**ÍNDICE GENERAL**

ÍNDICE GENERAL ..... 1

ÍNDICE DE TABLAS ..... 4

ÍNDICE DE FIGURAS ..... 5

RESUMEN ..... 6

ABSTRACT ..... 8

INTRODUCCIÓN ..... 10

    Planteamiento del problema ..... 10

        Justificación Teórica ..... 10

        Justificación Social ..... 15

        Justificación metodológica ..... 17

    Objetivo general..... 19

    Objetivos específicos ..... 19

    Preguntas de investigación..... 20

MARCO TEÓRICO..... 24

    Capítulo 1. Tratamientos con base en la evidencia en el ámbito de las adicciones ..... 24

        1.1 Niveles de evidencia de las intervenciones psicológicas ..... 27

        1.2 Tratamientos a nivel internacional ..... 37

        1.3 Tratamientos a nivel nacional ..... 42

        1.4 Estrategias para la TT en México ..... 45

    Capítulo 2. TT en el ámbito de la Psicología de las Adicciones..... 48

        2.1 Conceptualización de la PBE..... 49

        2.2 Conceptualización de la TT ..... 52

        2.3 Modelos de TT..... 55

            2.3.1 Modelo de la ATTC..... 55

            2.3.2 Modelo de Comunicación de Doheny-Farina..... 61

            2.3.3 Modelo de Difusión de las Tecnologías de Everett Rogers ..... 63

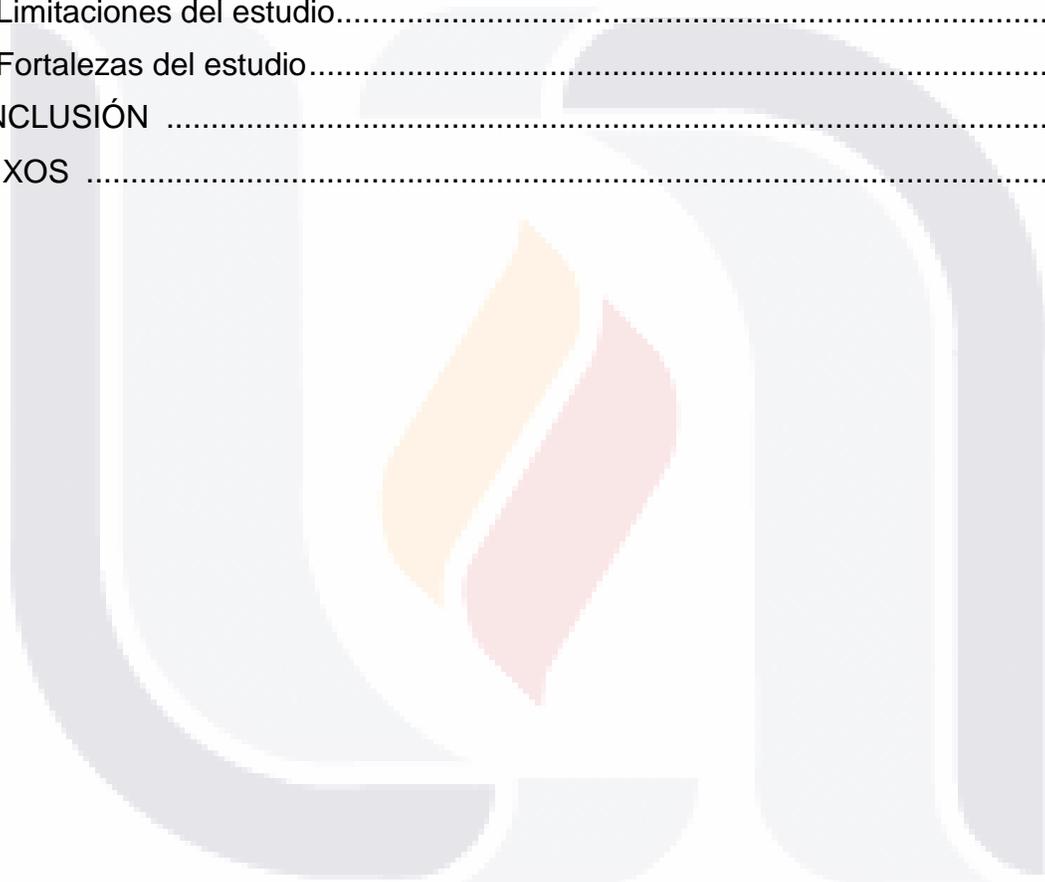
            2.3.4 Modelo de Difusión de Bass ..... 64

            2.3.5 Modelo de Epidemia de Enfermedad de Sterman ..... 65

            2.3.6 Modelo de Apropiación de Devine, James y Adams..... 66

2.3.7 Modelo de Conocimiento Útil de Backer .....	66
2.3.8 Modelo Organizativo .....	67
2.3.9 Modelo de Fixsen .....	68
2.3.10 Modelo de Cambio de Programa .....	69
2.4 Barreras que influyen en la TT .....	71
Capítulo 3. Factores atribuibles a los profesionales de la salud que influyen en la TT .....	82
3.1 Conocimientos de los profesionales de la salud acerca de la PBE .....	82
3.2 Capacitación y supervisión .....	85
3.3 Habilidades de los profesionales de la salud para el uso de recursos bibliográficos .....	88
3.4 Autoeficacia de los profesionales de la salud .....	92
3.5 Actitudes y creencias de los profesionales de la salud .....	92
Capítulo 4. Centros de Atención Primaria a las Adicciones de Baja California ..	95
4.1 Programa FORMA en las UNEME-CAPA del Estado de Baja California ..	99
4.2 Programa de Reconstrucción Personal .....	102
MÉTODO .....	134
Diseño .....	134
Fase 1. Construcción y validación de instrumentos .....	134
Fase 2. Recolección de datos .....	138
Consideraciones éticas .....	141
RESULTADOS .....	143
Fase 1. Construcción y validación de los instrumentos .....	143
Fase 2. Recolección de datos .....	144
Resultados del Cuestionario .....	144
Resultados de la Entrevista .....	157
DISCUSIÓN .....	160
Las UNEME-CAPA de Baja California y la TT .....	160
Los profesionales de la salud y los conocimientos sobre TBE .....	162
Habilidades de los profesionales de la salud para la búsqueda de información sobre los TBE .....	166
Autoeficacia percibida por los profesionales de la salud .....	170
Actitudes de los profesionales de la salud hacia los TBE .....	171

Contexto laboral de los profesionales de la salud en las UNEME-CAPA de Baja California .....	172
Avances en el conocimiento sobre TBE .....	173
Debilidades en los conocimientos de los profesionales de la salud.....	174
Factores que influyen en la TT .....	175
Enfoque teórico y los TBE .....	182
Comunicación con los terapeutas para conocer sus necesidades .....	183
Líneas futuras de investigación .....	186
Limitaciones del estudio.....	193
Fortalezas del estudio.....	194
CONCLUSIÓN .....	203
ANEXOS .....	204



**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Niveles de evidencia a partir de varios escenarios clínicos ..... 28

Tabla 2. Niveles de evidencia según el tipo de estudio ..... 30

Tabla 3. Niveles de evidencia según el tipo de diseño ..... 31

Tabla 4. Significado de los grados de recomendación ..... 31

Tabla 5. Niveles de evidencia y recomendaciones para intervenciones en Salud Pública ..... 33

Tabla 6. Guías Clínicas para el manejo de usuarios de alcohol ..... 41

Tabla 7. Definiciones operacionales de las categorías del CUTEA ..... 137

Tabla 8. Baremos de las categorías Autoeficacia, Actitudes y Contexto ..... 143

Tabla 9. Porcentajes de acuerdo entre jueces de acuerdo a las dimensiones ..... 144

Tabla 10. Características generales y clínicas de los participantes ..... 145

Tabla 11. Tiempo de experiencia como psicólogo clínico y como terapeuta en el área de adicciones ..... 147

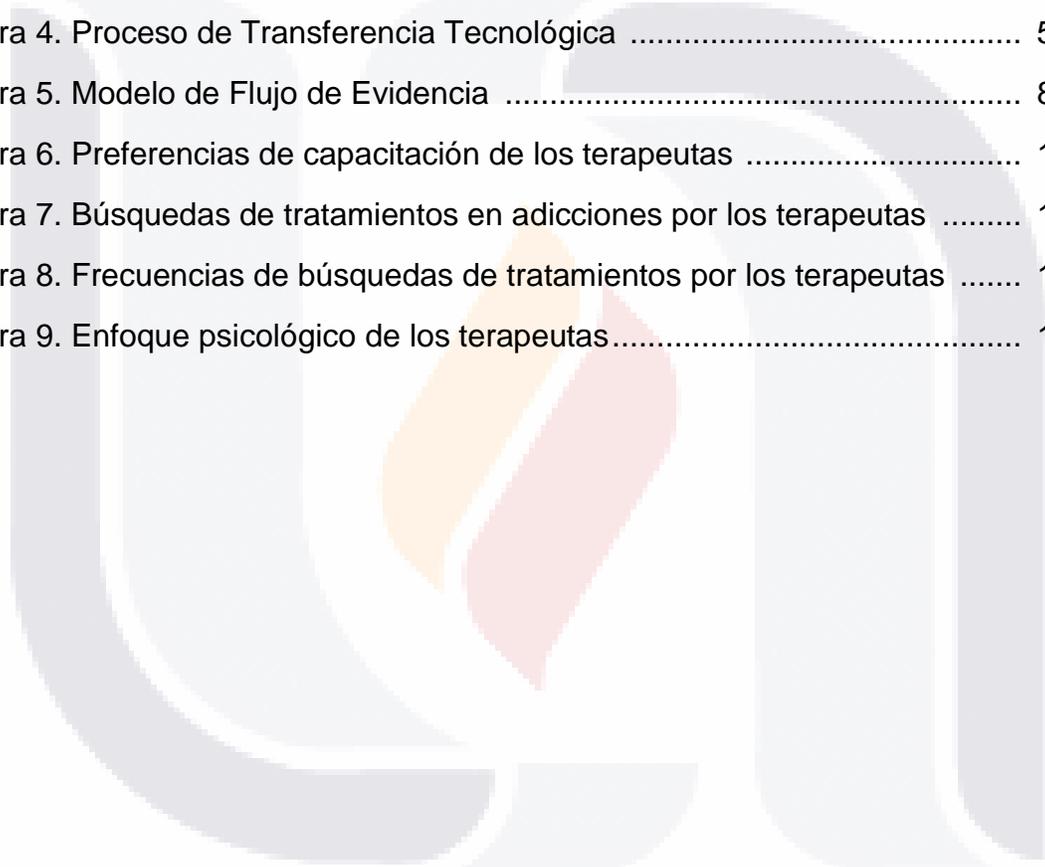
Tabla 12. Interacción de los terapeutas con artículos científicos ..... 149

Tabla 13. Nivel de autoeficacia, actitudes y contexto de los terapeutas ..... 152

Tabla 14. Variables asociadas a la búsqueda de información científica ..... 159

### ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tratamientos farmacológicos avalados por el NIDA para la dependencia a opiáceos y el nivel de evidencia que presentan .....	38
Figura 2. Terapias conductuales para el consumo de sustancias avalados por el NIDA .....	39
Figura 3. Tratamientos avalados por CENADIC para el consumo de sustancias adictivas .....	43
Figura 4. Proceso de Transferencia Tecnológica .....	55
Figura 5. Modelo de Flujo de Evidencia .....	80
Figura 6. Preferencias de capacitación de los terapeutas .....	147
Figura 7. Búsquedas de tratamientos en adicciones por los terapeutas .....	150
Figura 8. Frecuencias de búsquedas de tratamientos por los terapeutas .....	150
Figura 9. Enfoque psicológico de los terapeutas.....	159



## RESUMEN

En el presente documento de tesis doctoral, se describen los conocimientos, habilidades para la búsqueda de información especializada, así como la autoeficacia y las actitudes de profesionales de la salud para la utilización de los Tratamientos con Base en la Evidencia (TBE), de las Unidades de Especialidades Médicas - Centros de Atención Primaria a las Adicciones del Estado de Baja California. Además se exploran las facilidades que brinda la organización para la implementación de estos tratamientos.

Es importante mencionar que este trabajo forma parte de una línea de investigación cuyo objetivo es contribuir al fortalecimiento de la Transferencia Tecnológica (TT) en el área de la Psicología. A partir de este estudio se busca comprender las variables asociadas a la adopción de TBE entre los terapeutas especialistas en adicciones.

En este trabajo se analizan tratamientos en materia de adicciones internacionales y nacionales, y se muestran los niveles de evidencia que han mostrado. Se abordan los conceptos clave de la TT y se analizan los diferentes modelos explicativos para identificar las ventajas y desventajas que ofrece cada uno. Cabe señalar que este trabajo de investigación se fundamenta en el Modelo de Comunicación de Doheny-Farina (1992).

Asimismo se presentan investigaciones sobre los profesionales de la salud, donde se han explorado los conocimientos, las habilidades y la autoeficacia para explicar su influencia en la adopción de los TBE. Adicionalmente se muestra la organización con la que operan las UNEME-CAPA del estado de Baja California.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Esta investigación es de tipo descriptivo y se realizó con 102 profesionales de la que corresponde al 96% del total de terapeutas. Para la recolección de datos se acudió a cada centro y se utilizó un cuestionario semi-estructurado con un  $\alpha=0.84$ , y una entrevista que se validó a partir de jueces.

Los resultados mostraron que el 54.65% de los profesionales de la salud, está relacionado con el constructo de TBE, sin embargo de ese porcentaje, el 39.2% logró enunciar correctamente un concepto relacionado. Además se observó que la interacción con la literatura científica es esporádica, encontrándose que el 23.5% busca información semanalmente. Sin embargo, reportaron altos niveles de autoeficacia y actitudes para la implementación de TBE, y situaron a la organización en un nivel medio en cuanto a las facilidades que brinda para tal fin.

La discusión se centra en propuestas para trabajar con los profesionales de la salud de las UNEME-CAPA de Baja California, para incrementar los conocimientos sobre los TBE y además para sensibilizarlos en los beneficios de implementarlos en sus centros de trabajo. Si se utilizan intervenciones que han mostrado efectividad y eficacia, repercutirá en los resultados obtenidos y por ende en la calidad de vida de sus usuarios.

## ABSTRACT

In this doctoral thesis we describe the knowledge, search skills for specialized information, self-efficacy and attitudes of health professionals for the use of Evidence-Based Interventions (EBI), of the Medical Specialties - Primary Care Centers Addictions of Baja California. Besides we explored the facilities provided by the organization for the implementation of the interventions.

This work provides highly important research aimed to contribute to the strengthening of the Technology Transfer (TT) in psychology area. Furthermore we aimed to understand the variables associated with the adoption of EBI among addiction therapists.

International and national addiction interventions are discussed, and evidence based is described. TT is analyzed and different explicative models are described in order to identify the advantages and disadvantages. It should be noted that this research is based on Doheny-Farina Communication model (1992).

Additionally, health professionals research, which have been explored knowledge, skills and self-efficacy to explain their influence on the adoption of EBI they are described, and showed the UNEME-CAPA set up, In Baja California state.

This is a descriptive research and was performed with 102 professionals corresponding to 96% of the total of therapists. For data collection we used a semi-structured questionnaire with an alpha = 0.84, and an interview which had a judge-validation.

The results showed that 54.65% of health professionals are related to the construct of EBI, nevertheless the 39.2% achieved correctly enunciate a related concept. Furthermore we could say that the interaction with the scientific literature is sporadic, 23.5% seek for information once per week. However, they reported high levels of self-efficacy and attitudes to implement EBI, Health professionals placed the organization in a medium level in terms of the facilities provided for that purpose.

The discussion focuses on proposals to work with health professionals UNEME-CAPA (Baja California), in order to increase the EBI knowledge and also to raise awareness on the benefits of implementing them in their workplaces. If interventions that have shown effectiveness and efficiency are used, it will affect the results and therefore in the life quality of the patients.

## INTRODUCCIÓN

### Planteamiento del problema

#### Justificación Teórica

La transferencia tecnológica (TT) es un proceso multidimensional cuyo objetivo es promover el uso de una innovación. Según la Addiction Technology Transfer Center [ATTC] (2014), este proceso inicia con el desarrollo de una tecnología (que puede ser un producto o conocimientos), continúa a través de su disseminación, y se extiende hasta su implementación. Además, es un proceso que requiere posibles adoptantes, que necesita recursos e involucra actividades relacionadas con la traslación y adopción. La TT está diseñada para acelerar la difusión de la innovación. Por lo cual, constituye un objetivo primordial de la investigación científica en psicología, en la cual se busca que los tratamientos, vistos como tecnologías, lleguen a los escenarios clínicos.

El proceso de TT enfrenta diversos retos en el ámbito de los tratamientos para el consumo de sustancias adictivas. Por ejemplo, en las Unidades Médicas de Especialidad-Centros de Atención Primaria a las Adicciones (UNEMES-CAPA) del estado de Baja California, lugar donde se concentran un número considerable de profesionales de la salud y de usuarios en el área de adicciones, están implementando programas que no han sido validados empíricamente. En estos centros están implementando los programas FORMA y Reconstrucción Personal. Programas que fueron establecidos por las autoridades del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC) para las UNEME-CAPA de la entidad.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Mientras que los programas que promueve el Centro Nacional para el Control de las Adicciones (CENADIC), que son utilizados por las demás UNEME-CAPA del país no los están implementando, a pesar de que los profesionales de la salud ya fueron capacitados en estos programas.

Además no hay una evaluación de los resultados que generan sus intervenciones. Es decir, hay un desconocimiento sobre si realmente están funcionando los programas que están implementando.

Por situaciones como las de las UNEME-CAPA de Baja California, es que se deben promover de manera constante los conocimientos sobre los tratamientos con base en la evidencia (TBE), para que se utilicen, y se avance hacia un conocimiento de lo que funciona en psicología (Toche-Manley, Grissom, Dietzen, & Sangsland, 2011). En el momento en el que los psicólogos se mantengan utilizando técnicas o procedimientos que han sido evaluados empíricamente, se constituye en una forma de trabajar basados en los avances de la ciencia psicológica. Trasladado a un escenario médico, esta situación se podría comparar cuando se prescribe un fármaco que ya tiene las pruebas necesarias y obligatorias para recetarse y usarse.

Si el médico recomienda fármacos cuya efectividad aún no está comprobada, lógicamente surgen diversos riesgos para la salud del paciente, entre ellos, que el problema progrese a estadios de mayor gravedad. Por ello es fundamental documentar cuál es la situación que existe para la adopción de TT en el ámbito de la psicología, área que también ofrece tratamientos para la salud de la población.

Esto conlleva conocer las políticas de las autoridades de las UNEME-CAPA para decidir qué tratamientos se utilizarán, además es importante conocer los intereses de los profesionales de la salud que trabajan en estos centros, para identificar los factores inherentes al personal que se relacionan con la TT.

Al respecto, diversos autores han documentado las variables relacionadas con los desafíos que trae consigo el proceso de TT, tales como las discrepancias entre los objetivos de los investigadores y las instituciones de salud, las barreras estructurales y financieras, las políticas públicas, la formación y el entrenamiento de los profesionales de la salud, y las actitudes que tienen estos últimos hacia los TBE (Backer, 2000; Brown & Flynn, 2002; Lamb, Greenlick & McCarty, 1998; Marinelli-Casey, Domier & Rawson, 2002; Squires, 2004; Squires, Gumbley & Storti, 2007).

Estos antecedentes son la base que demuestran la necesidad que existe de conocer más de cerca a los que podrían interesarse en el uso de las tecnologías, ya que la aceptación de TBE no se da en forma automática ni espontánea sino que se requiere de un trabajo previo que considere a los profesionales de la salud. Es importante que los terapeutas se acerquen y se sirvan de los tratamientos que han comprobado resultados efectivos y eficientes.

Si no se conoce al terapeuta y su contexto, los esfuerzos por llevar a cabo la TT, serán como empezar una construcción de un edificio sin contar con un levantamiento de necesidades del que habitará tal construcción, porque no se tomarán en cuenta las necesidades y el ambiente que rodea su trabajo, resultando

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

en una postergación indefinida de la adopción de los programas basados en la evidencia.

Además, el trabajo con los profesionales de la salud resulta de gran relevancia para el proceso de TT ya que ellos constituyen el puente para llegar a la población que requiere de atención efectiva.

Ejemplo de la importancia que tienen los profesionales de la salud en este tema, es el papel que les otorga el ATTC, institución de los EE.UU. cuyos investigadores se han dado a la tarea de trabajar con los profesionales para incrementar el conocimiento y las habilidades necesarias para los TBE. En el ATTC se fundó el Science to Service Laboratory [SSL] (Laboratorio al Servicio de la Ciencia), con el objetivo de adaptar e implementar una estrategia organizacional destinada a equipar a las instituciones del área del abuso de sustancias y a sus empleados en habilidades para adoptar TBE.

El SSL se basa en diferentes principios detallados en el "Libro del Cambio: un Anteproyecto para la TT", que incluyen: a) las intervenciones deben ser relevantes para las necesidades; b) la introducción de las intervenciones deben ser oportunas con respecto a las necesidades actuales; c) el proceso de comunicación de las intervenciones debe ser claro (no complejas); d) la defensa de las intervenciones debe ser creíble; e) los esfuerzos de las intervenciones deben ser multifacéticos (activos e interpersonales); f) los esfuerzos para adoptar las intervenciones deben ser reforzadas hasta que sean parte de la rutina; g) la comunicación debe ser bidireccional entre los que proponen la intervención y los adoptantes potenciales

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

para facilitar los temas y asuntos que se plantean durante los esfuerzos de transferencia (Squires et al., 2007).

En el presente estudio, se pretende explorar los conocimientos que poseen los profesionales de la salud en cuanto a los TBE, además sus habilidades de búsqueda de información, las actitudes y autoeficacia relacionadas ante el uso de los TBE y la participación del contexto laboral en este tema.

Con respecto al papel de los profesionales de la salud, Pacheco y Martínez (2013), encontraron que las variables clínicas que se asocian con el éxito de las intervenciones son las que se relacionan con los conocimientos (bases conceptuales del programa, dominio del manual y de los folletos), las actitudes (alto compromiso hacia el programa, interés hacia el usuario y sentirse capaz de implementar el programa), y las habilidades (motivacionales, cognitivas, y verbales) de los profesionales de la salud. Este estudio incluyó a 10 terapeutas que se distinguían por su alto compromiso y por el número de casos concluidos exitosamente del Programa de Intervención Breve para Adolescentes [PIBA] (Martínez, 2003). Los resultados mostraron el grado de importancia que desempeñan los profesionales de la salud para que la TT se concrete exitosamente.

En otro estudio de Martínez, et al. (2003) con 206 terapeutas de una institución de salud, se encontró que se pueden generar obstáculos por parte de los profesionales de la salud para la TT, relacionadas con la falta de habilidades y conocimientos de los terapeutas para la implementación del programa; y las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

barreras personales que tienen que ver con la autoeficacia, motivación y compromiso del terapeuta para desarrollar el programa.

Por ello, el presente documento tiene como objetivo identificar los factores relacionados al terapeuta y también al contexto laboral que influyen en la TT en las UNEME-CAPA del Estado de Baja California.

A través de este documento de tesis, se busca fortalecer el conocimiento que se tiene con respecto a los factores que intervienen en la TT en las UNEME-CAPA del estado de Baja California, con lo cual, se espera beneficiar al proceso de TT en dicha institución. También se busca contribuir a que los TBE no queden solo en el "tintero", sino que lleguen a los profesionales encargados de implementarlos con la población que los requiere. En este sentido, es importante hablar del impacto que esto traerá en quienes recurren a las UNEME-CAPA para solicitar un tratamiento.

### **Justificación Social**

Hablar de TT en psicología es fundamental, ya que siempre se está refiriendo implícitamente a la población usuaria de tratamientos. Dentro de las exigencias que requiere la llamada "Psicología con Base en la Evidencia (PBE)", se encuentra identificar la "mejor" prueba empírica o información científica disponible, permitiendo con ello seleccionar la técnica psicológica que haya demostrado tener las mejores pruebas de su efecto (Frías & Pascual, 2003).

La PBE tiene sus antecedentes en la Medicina con Base en la Evidencia (MBE), la cual constituye la combinación de las habilidades del terapeuta basadas en la búsqueda de la mejor evidencia científica y la capacidad para evaluar y jerarquizar la evidencia disponible integrándola con la propia experiencia o juicio profesional para así poder ofrecer al usuario las mejores alternativas de solución (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996). La MBE se estructura a partir de una metodología que se fundamenta en la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado del paciente (Sackett et al., 1996). En algunas ocasiones se han comparado los principios de esta orientación, con el instrumento que permite al profesional aprender a separar el grano de la paja, dentro del campo de la información que actualmente se publica.

A este respecto, es importante mantener la vista en la población usuaria, ya que el impacto de utilizar o no los TBE, se verá reflejado en la calidad de vida de la población usuaria de sustancias adictivas.

Es importante hacer mención de los estudios epidemiológicos realizados en la zona noroeste de México, en los cuales se señala que en Baja California, la marihuana, el cristal (metanfetamina), la heroína (opioide) y el alcohol son las cuatro drogas de mayor impacto (Secretaría de Salud, 2012). Por el tipo de drogas que más impactan a esta población, es importante tomar acciones basadas en el conocimiento de lo que funciona en psicología, ya que arriesgarse a utilizar un tratamiento que no ha sido evaluado sería atentar contra la confianza depositada

en el profesional de la salud que se consulta, y en una mala praxis por parte de éste.

Asimismo, la Secretaría de Salud (2012), reportó que Baja California es el estado que cuenta con más centros de tratamiento, y más personas que acuden en búsqueda de apoyo para el abuso de sustancias adictivas. Por lo tanto, es importante dirigir los esfuerzos de la TT en esta región, por el impacto que puede tener entre la población usuaria y en sus familiares, amigos y la sociedad en general.

Ante este panorama se debe reflexionar en la importancia que tiene el tema de la TT para la población que requiere atención de calidad, basada en el conocimiento pleno de su efectividad y no en el ensayo y error. La psicología como la medicina, tienen la necesidad de disponer de herramientas fiables de brindar información que se apoyen en datos empíricos contrastados (Chambless & Hollon, 1998), que junto con el juicio del experto, faciliten y aseguren el desarrollo y aplicación de diagnósticos e intervenciones válidos, mejorando la toma de decisiones ante los problemas clínicos.

### **Justificación metodológica**

El presente trabajo constituye un esfuerzo para obtener información sobre la situación que impera en las UNEME-CAPA del estado de Baja California, tanto del contexto laboral, como de los conocimientos sobre los TBE, las habilidades de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

búsqueda de información, la autoeficacia para implementar los TBE y las actitudes hacia los TBE. Con ello se busca coadyuvar en el conocimiento de los elementos que favorecen la TT en el ámbito de las adicciones para beneficio de los propios terapeutas y de la población en general.

Como se ha mencionado, conocer al terapeuta y su contexto laboral dará una mejor idea de cómo trabajar en la TT. A este respecto, en el presente trabajo se realizó un estudio poblacional con los terapeutas que pertenecen a los UNEME-CAPA del estado de Baja California. Esto constituye una novedad en la investigación en el ámbito de las adicciones, ya que no hay antecedentes que describan la experiencia en el trabajo diario de los terapeutas de dicha región. Otra novedad en este estudio, son las variables que están relacionadas con el proceso de TT, como los conocimientos de los terapeutas sobre los TBE, las habilidades de búsqueda de información sobre los TBE, las actitudes hacia los TBE y el contexto laboral de quienes están a cargo de atender a la población que busca apoyo en el tema del consumo de sustancias. Con ello se busca identificar los factores que favorecen la TT.

Además la estrategia para realizar el estudio considera la realización de entrevistas a profundidad con los terapeutas, para conocer su experiencia y opinión con respecto a los tratamientos que se implementan en sus centros de trabajo. Asimismo se construyó un instrumento *exprofeso* para explorar cinco áreas: formación del terapeuta, experiencia laboral, actitudes hacia los tratamientos con evidencia científica, el contexto laboral y su autopercepción de autoeficacia para implementar dichos tratamientos.

## **Objetivo general**

Identificar los factores que influyen en la TT en las UNEME-CAPA del Estado de Baja California en relación a los profesionales de la salud y al contexto laboral.

## **Objetivos específicos**

- 1) Identificar los conocimientos con los que cuentan los profesionales de la salud de las UNEME-CAPA del estado de Baja California sobre los TBE para favorecer el proceso de la TT.
- 2) Identificar las habilidades para la búsqueda de información sobre los TBE que poseen los profesionales de la salud de las UNEME-CAPA del estado de Baja California que favorezca el proceso de la TT.
- 3) Identificar la autoeficacia de los profesionales de la salud para adoptar los TBE.
- 4) Identificar las actitudes que presentan los profesionales de la salud sobre los TBE en las UNEME-CAPA del estado de Baja California que coadyuve en el proceso de TT.
- 5) Determinar las facilidades que brinda el contexto laboral para la adopción de TBE en los CAPA del estado de Baja California que impacte en la TT.

## Preguntas de investigación

- 1) ¿Qué conocimientos poseen los profesionales de la salud de las UNEME-CAPA del estado de Baja California sobre los TBE?
- 2) ¿Qué habilidades poseen los profesionales de la salud de las UNEME-CAPA del estado de Baja California para buscar artículos científicos?
- 3) ¿Cuál es la percepción de autoeficacia de los profesionales de la salud de las UNEME-CAPA del estado de Baja California para implementar los TBE?
- 4) ¿Qué actitudes presentan los terapeutas de las UNEME-CAPA del Estado de Baja California hacia los TBE?
- 5) ¿Qué facilidades otorga el contexto laboral de las UNEME-CAPA del Estado de Baja California para la implementación de TBE?

REFERENCIAS

Backer, T. E. (2000). The failure of success: Challenges of disseminating effective substance abuse prevention programs. *Journal of Community Psychology*, 28, 363–373.

Brown, B.S. & Flynn, P. M. (2002). The federal role in drug abuse technology transfer: a history and perspective. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, (4), 245-57.

Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology by the American Psychological Association*, 66, 7-18.

Frías, M., & Pascual, J. (2003). Psicología Clínica Basada en Pruebas. *Papeles del Psicólogo*, 85, 11-18.

Lamb, S., Greenlick, M. & McCarty, D. (1998). Bridging the Gap Between Practice and Research: Forging Partnerships with Community-based Drug and Alcohol Treatment. Washington, D.C: National Academy Press.

Marinelli-Casey, P., Domier, P. & Rawson, A. (2002). The gap between research and practice in substance abuse treatment. *Psychiatric Services*, 53 (8), 984–987.

Martínez K. I., Carrascoza, C., & Ayala, H. (2003). Una estrategia de diseminación en la psicología: los talleres interactivos. *Salud Pública de México*, 45 (1), 5-12.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Pacheco, T. A. & Martínez, K. I. (2013). El arte de ser terapeuta. ¿Qué hace efectiva una intervención en el consumo de drogas? *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18 (1), 159-176.

Reyes, M. (2012). Integridad del tratamiento de un programa validado empíricamente en terapeutas que laboran en escenarios clínicos. (Tesis de maestría). Centro de Ciencias Sociales y Humanidades Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz & Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. México, DF: INPRFM.

Squires, D. D. (2004). The research to treatment gap: Disseminating effective methods into practice. *Brown University Digest of Addiction Theory and Application*, 23, 8.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., & Gray, J. A. M., Haynes, R. B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *British Medical Journal*, 312 (7023), 71-72.

Squires, D. D., Gumbley, S. J. & Storti, S. A. (2007). Training substance abuse treatment organizations to adopt evidence-based practices: The Addiction Technology Transfer Center of New England Science to Service Laboratory. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 293 – 301.

Toche-Manley, L., Grissom, G., Dietzen, L., & Sangsland, S. (2011). Translating addictions research into evidence-based practice: The Polaris CD outcomes management system. *Addictive Behaviors*, 36, 601-607.



## MARCO TEÓRICO

### Capítulo 1. Tratamientos con base en la evidencia en el ámbito de las adicciones

Las intervenciones psicológicas sustentadas en la evidencia científica pueden tener un gran impacto en la práctica clínica, ya que respaldan el trabajo del profesional de la salud con una labor previa de investigación. Al respecto, Mayer y Davidson (2000), consideran que el apoyarse en tratamientos con base en la evidencia (TBE) deriva en la creación de nuevas políticas de salud y puede significar un avance de la psicología como ciencia, además implica la oportunidad de influir en la solución de problemas de salud mental y del comportamiento.

En el ejercicio profesional de la psicología, existen diferentes enfoques o teorías en las cuales se fundamenta el quehacer clínico. Sin embargo, los tratamientos que han mostrado mayor efectividad son los que se apoyan en el enfoque Cognitivo-Conductual (APA, 2002). Esto no significa que se demerite el trabajo de otros modelos, sólo se apunta a que las intervenciones evaluadas y publicadas han emanado del enfoque mencionado, cabe señalar que modelos como el psicodinámico y otros de tipo terapéutico, están empezando a establecer parámetros de medición.

En este sentido, el modelo Cognitivo-Conductual lleva ventaja, puesto que sus técnicas están sujetas a medición, lo cual les ha permitido dar una muestra clara y concisa de los resultados de sus intervenciones (Ybarra, et al., 2015). Dentro de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

este enfoque, se encuentran los tratamientos breves que se centran en la reducción del consumo de sustancias adictivas mediante la identificación detallada del problema y en motivar al usuario a que realice un cambio en su consumo (Sánchez-Hervás & Tomás, 2001). Además se encuentran intervenciones de mayor duración, que se enfocan a población con un consumo crónico, que requieren un apoyo distinto basado en la abstinencia y en el desarrollo de habilidades para hacer frente a las diversas situaciones generadas por su conducta. A través de estos tratamientos se busca apoyar a las personas que buscan alternativas terapéuticas para el consumo de sustancias adictivas.

Al contrario de los enfoques basados en la comprobación empírica, están los planteamientos en la línea del "todo se vale", los cuales según Sánchez-Hervás (2004), no pueden ser aceptados ni pasados por alto. Sánchez-Hervás et al. (2001), refieren que algunos terapeutas que utilizan estas intervenciones, se justifican en el argumento de que no todas las intervenciones psicológicas deben estar respaldadas dentro de un marco científico, y por tanto no existen límites en el ejercicio clínico para aplicar a los pacientes tratamientos o técnicas de otras disciplinas, siempre y cuando ayude a solucionar un problema del paciente. Si se estableciera una analogía, sería tanto como ofrecer un fármaco a las personas sin estar comprobada su eficacia (Ybarra, et al., 2015).

A pesar de las múltiples disciplinas y enfoques teóricos que existen en la psicología, en la práctica clínica el profesional de la salud debiera recordar la confianza que le brindan las personas para cambiar su conducta. Con ello se espera que el profesional de la salud adquiriera un compromiso ético y profesional

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

para poner a disposición del “paciente”, “usuario”, o “cliente” sus conocimientos y habilidades.

El papel que el psicólogo está llamado a desempeñar es el de un profesional que transfiere el conocimiento disponible a otros, desde los mismos profesionales de la salud y a los usuarios de los servicios, para que sean ellos quienes hagan uso ese conocimiento y lo adapten a sus circunstancias y necesidades. Sin embargo es importante considerar que cuando la psicología es de “dudosa” y de “difícil” aplicación directa, los métodos, las técnicas, las estrategias, los tratamientos o programas utilizados en la intervención, tendrán resultados indeterminados (Ribes, 2005). De esta forma las intervenciones deben demostrar ser una alternativa directa en la solución de la problemática del abuso de sustancias adictivas, y a su vez debe buscarse que se generen guías clínicas para que las instituciones y los profesionales de la salud encuentren en ellas una orientación más acertada para el abordaje clínico en el área de las adicciones.

La NIDA (1999), señala que los tratamientos deben estar disponibles de una manera fácil y accesible para cuando el usuario esté listo para iniciar; este no debería ser un factor que impida el proceso terapéutico. Al respecto, entidades gubernamentales e independientes (en contextos internacionales y nacionales), han desarrollado y puesto a disposición, a través de diferentes estrategias, los tratamientos que pueden implementarse en los escenarios clínicos. Por ejemplo el uso de manuales, páginas web, capacitaciones presenciales y a distancia, artículos de divulgación científica y presentaciones en congresos.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Las estrategias de difusión que están realizando las diversas comunidades de investigación y generación de intervenciones efectivas y son puestas a disposición para los profesionales de la salud que apoyan en los diferentes contextos de atención a la salud. Es decir, que la disponibilidad de los tratamientos es fundamental para que la comunidad de profesionales de la salud promuevan el acercamiento de los mismos como método de atracción de usuarios.

Además, es importante poner en perspectiva las diferencias en relación a los niveles de evidencia, lo cual es relevante que se disemine entre los profesionales de la salud para que estén relacionados con el tema, para elegir la opción que ofrezca mejores resultados.

### **1.1 Niveles de evidencia de las intervenciones psicológicas**

El progreso científico de la psicología clínica y de la salud requiere la delimitación de las terapias eficaces, así como de los componentes activos de las mismas. Para lograr este objetivo, debe considerarse la evaluación de la eficacia de las intervenciones terapéuticas. Dicha evaluación se vuelve imperante debido a que esta disciplina se enfrenta, como fruto de su propio desarrollo, a retos de cada vez mayor complejidad; por ejemplo, al tratamiento de la conducta alimentaria y de las conductas adictivas. Además dichos tratamientos cada vez más se están incorporando a los centros de salud mental públicos. Ante estas necesidades, es indispensable que sólo se oferten terapias que hayan mostrado ser eficaces (más allá de un efecto placebo o de los efectos inespecíficos de cualquier terapia), que

sean además breves y en igualdad de condiciones (Barlow & Hoffman, 1997; Stewart & Chambless, 2007).

En la Psicología no solo se trata de demostrar que una terapia es eficaz para una determinada conducta, sino evidenciar que dicha alternativa es la mejor y en mejores condiciones (Echeburúa & De Corral, 2001; Pérez, Fernández, Fernández & Amigo, 2003). Es decir, los tratamientos deben estar enfocados a prevenir la progresión de las consecuencias negativas derivadas del consumo y ahorrar gastos y tiempo a los centros de salud mental públicos (Bayés, 1984; Echeburúa, 1998; Echeburúa, Salaberría, De Corral & Polo-López, 2010; Guimón, 2004).

Sackett, Rosenberg, Gary, Haynes y Richardson (1996), realizaron la primera propuesta sobre la jerarquización de la evidencia en niveles a partir de varios escenarios clínicos. En la Tabla 1 se muestra la jerarquización, la cual va desde 1 a 5; siendo el nivel 1 la “mejor evidencia”, y el nivel 5 como “pobre evidencia”, en ella se incluyó el análisis del diagnóstico, tratamiento y el costo beneficio de ellos.

Tabla 1.  
Niveles de evidencia a partir de varios escenarios clínicos

Nivel	Terapia, Prevención, Etiología	Pronóstico	Diagnóstico	Diagnóstico Diferencial/ Estudios de Prevalencia	Economía, Análisis, Decisión
1a	Revisiones Sistemáticas con homogeneidad o Experimento clínico aleatorizado	Revisiones Sistemáticas o estudios de cohortes de decisiones clínicas validados en diferentes poblaciones.	Revisiones sistemáticas con homogeneidad de Nivel 1 de pruebas diagnósticas; ramas de control con estudios 1b de diferentes centros.	Revisiones sistemáticas con homogeneidad de estudios de cohorte prospectivos	Revisiones sistemáticas con homogeneidad de estudios económicos de nivel 1

1b	Experimento Clínico aleatorizado individual con intervalo de confianza estrecho	Estudio de cohorte con un seguimiento mayor de 80%, o un algoritmo de decisión clínica válido en una sola población.	Estudio de cohortes validado con buenos estándares de referencia, algoritmos de decisión clínica probados en un centro	Estudio de cohorte prospectivo con buen seguimiento	Análisis de sensibilidad; revisiones limitadas de evidencia, o estudios únicos.
1c	Todos o ninguno	Todos o ninguno serie de casos	Con muy alta sensibilidad o muy alta especialidad	Todos o ninguna serie de casos	El mejor valor o el peor valor en el análisis de decisión
2a	Revisiones sistemáticas con homogeneidad de estudios de cohortes	Revisiones sistemáticas con homogeneidad de estudios de cohortes retrospectivas o experimentos clínicos aleatorizados con grupos de control no tratados	Revisiones sistemáticas con homogeneidad de un nivel mayor de 2 pruebas diagnósticas	Revisiones sistemáticas con homogeneidad de 2b o estudios mejores	Revisiones sistemáticas con homogeneidad de estudios económicos con nivel mayor de 2
2b	Estudios de cohorte Individual incluyendo experimento clínico aleatorizado de baja calidad	Estudio de cohorte retrospectiva o experimentos con grupo control de tratados	Estudios de cohorte con buenos estándares de referencia	Estudio de cohorte retrospectivos o con pobre seguimiento	Análisis basados en estudios de sensibilidad de costos, revisiones limitadas de evidencia, estudios únicos
2c	Estudios ecológicos, investigación de resultados	Investigación de resultados		Estudios ecológicos	Auditorías o investigación de resultados
3a	Revisiones sistemáticas con homogeneidad de casos y controles		Revisiones sistemáticas con homogeneidad de estudios nivel 3b o mejores	Revisiones sistemáticas con homogeneidad de estudios nivel 3b o mejores	Revisiones sistemáticas con homogeneidad de estudios nivel 3b o mejores
3b	Estudios de casos y controles individuales		Estudio no consecutivo o sin consistencia en cuanto a estándares de referencia	Estudios de cohorte no consecutivos o con población muy limitada	Análisis basada en costos o alternativas limitadas, datos de pobre calidad pero que incluyen análisis de sensibilidad incorporando variaciones clínicamente sensibles
4	Series de casos, controles y cohortes de pobre calidad	Series de casos y cohortes de pronósticos de pobre calidad	Estudios de casos y controles pobres o sin estándares de referencia independiente	Series de casos	Análisis económico sin análisis de sensibilidad
5	Opinión de expertos sin apreciación crítica explícita o basada en principios fisiológicos	Opinión de expertos sin apreciación crítica explícita o basada en principios fisiológicos	Opinión de expertos sin apreciación crítica explícita o basada en principios fisiológicos	Opinión de expertos sin apreciación crítica explícita o basada en principios fisiológicos	Opinión de expertos sin apreciación crítica explícita o basada en teorías económicas

Nota: Tabla adaptada de Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., & Gray, J. A. M., Haynes, R.B., Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.



También la *U.S. Preventive Services Task Force [USPSTF]* (Harris et al., 2001) creada en 1984, ha constituido niveles de evidencia y grados de recomendación para la evaluación de medidas en intervenciones preventivas; por ejemplo para el consejo breve del abuso del alcohol (ver Tabla 3 y 4).

Tabla 3.  
Niveles de evidencia según el tipo de diseño

Nivel de Evidencia	Tipo de Estudio
I	Al menos un ensayo clínico controlado, randomizado, apropiadamente diseñado
II-1	Ensayos clínicos controlados bien diseñados, pero no randomizados
II-2	Estudios cohorte o caso-controles bien diseñados, de preferencia multicéntricos
II-3	Múltiples series comparadas en el tiempo, con o sin intervención y resultados importantes de experimentos no controlados
III	Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos

*Nota:* Adaptado de “Jerarquía de los diseños epidemiológicos. Revisión de las publicaciones de los 17 años de la Revista Ecuatoriana de Neurología” por E. Cruz, R. García & J. Soria, 2009, Revista Ecuatoriana de Neurología, 18, 1-2.

Tabla 4.  
Significado de los grados de recomendación

Grado de Recomendación	Significado
A	Muy recomendable: buena evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan sustancialmente a los daños
B	Recomendable: por lo menos moderada evidencia de que la medida es eficaz y que los beneficios superan a los daños
C	Ni recomendable ni desaconsejable: por lo menos moderada evidencia de que la medida es eficaz pero los beneficios son muy similares a los daños por lo que no se puede justificar una recomendación general
D	Desaconsejable: por lo menos moderada evidencia de que la medida no es eficaz o que los daños superan a los beneficios
I	Evidencia insuficiente, de mala calidad o contradictoria y el balance entre beneficios y daños no puede ser determinado

*Nota:* Adaptado de “Jerarquía de los diseños epidemiológicos. Revisión de las publicaciones de los 17 años de la Revista Ecuatoriana de Neurología” por E. Cruz, R. García & J. Soria, 2009, Revista Ecuatoriana de Neurología, 18, 1-2.

El análisis de la evidencia disponible de los tratamientos permite establecer grados de recomendación para orientar el ejercicio de la práctica clínica, así como las decisiones pertinentes sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de un problema específico de salud (Manterola & Zavando, 2009).

Asimismo, Weightman, Ellis, Cullum, Sander, y Turley (2005), elaboraron un modelo adaptado a la evaluación de intervenciones en Salud Pública, que a través del *National Institute for Health and Care Excellence* [Instituto Nacional para la Salud y el Cuidado de Excelencia] (NICE), emitieron guías clínicas basadas en la evidencia para orientar a profesionales de la salud sobre diferentes problemas del mismo ámbito, por medio de estándares y niveles de evidencia, donde se consideran los efectos de la calidad de la evidencia de los tratamientos, los resultados comparados en diferentes estudios, y el costo-beneficio del tratamiento (Ver Tabla 5).

El Congreso de los Estados Unidos impulsó en 1989, acciones para crear una agencia federal, la cual lleva por nombre: *Agency for Health Care Policy and Research* (Agencia para el Cuidado de la Salud y la Investigación), que tiene por objetivo determinar la eficacia de los tratamientos psicológicos para los trastornos mentales, y establecer un directorio de las terapias de eficacia probada, con la finalidad de mejorar la calidad del sistema de salud.

Tabla 5.

Niveles de evidencia y recomendaciones para intervenciones en Salud Pública

1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ECAs o ECAs con muy bajo riesgo de sesgo.
1+	Meta-análisis bien conducidos, revisiones sistemáticas de ECAs o ECAs con bajo riesgo de sesgos.
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ECAs o ECAs con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o casos y controles o estudios de cohortes o casos y controles de elevada calidad, con bajo riesgo de sesgos, y una elevada probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios bien conducidos de casos y controles o cohortes, con bajo riesgo de sesgos y una probabilidad moderada de que la relación sea causal.
2-	Estudios de casos y controles o de cohortes con alto riesgo de sesgos y de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos: series de casos, informes.
4	Opinión de expertos.

*Nota:* Significado de ECA (Estudio Controlado Aleatorizado). Adaptado de “Grading evidence and recommendations for public health interventions: Developing and piloting a framework”. A. Weightman, S. Ellis, A. Cullum, L. Sander, & R. Turley, 2005, UK National Health Service. Health Development Agency.

Las guías elaboradas por esta agencia, sirven además como criterio de financiamiento para las compañías aseguradoras, en cuanto al tipo y duración de una terapia, y para resolver demandas judiciales en relación con una práctica profesional supuestamente inadecuada. También la agencia busca orientar a los usuarios y proveer de criterios a los responsables de los servicios de salud mental

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

para utilizar en los centros públicos sólo aquellas terapias que estén validadas empíricamente (Chambless, 1996).

Las acciones que emprendió la AH CPR, favorecieron la consideración de la validez interna, como un elemento central ya que determina el alcance terapéutico de un programa de intervención, es decir, su eficacia como tratamiento de una conducta dada. Solo de este modo se puede saber si los cambios observados en la variable dependiente, son atribuibles al tratamiento y no a otras circunstancias (paso del tiempo o remisión espontánea). Sin embargo, también se debe tomar en cuenta que al momento de implementar un programa en la práctica clínica habitual, la eficacia puede ser otra; precisamente es lo que le confiere la validez externa o ecológica. Un tratamiento pasa de ser eficaz a efectivo cuando se pueden generalizar los resultados obtenidos en la investigación sometida a un riguroso control y en condiciones óptimas a las situaciones clínicas reales (Becoña, 1999).

Igualmente, se cuenta con la Evidence-Based Medicine Working Group [Grupo de Trabajo de Medicina Basada en la Evidencia] (1992), quienes señalaron que la PBE requiere de los mismos elementos que fundamentan la Medicina con Base en la Evidencia, como la formulación clara, precisa y concreta del problema clínico operacionalizado, la pregunta a resolver; la localización de las pruebas disponibles en la literatura publicada para poder dar respuesta a la pregunta formulada, maximizando así, la calidad del criterio de búsqueda; la valoración crítica de la validez y utilidad de las pruebas encontradas (evidencia o información) y la aplicación de los hallazgos encontrados a la práctica clínica.

Por su parte, el grupo de trabajo de la División 12 de Psicología Clínica de la *American Psychological Association* (Chambless et al., 1998), proporcionó una serie de criterios de validez empírica de los estudios, teniendo en cuenta la calidad y el rigor del método de investigación utilizado en la investigación. Señalan que el mayor grado de validez corresponde a los estudios realizados con diseños experimentales, definidos como ensayos clínicos aleatorizados o estudios de eficacia con al menos dos grupos: el propiamente experimental o de tratamiento, y otro grupo de comparación ya sea el tratamiento farmacológico, el placebo u otro tipo de intervención.

De igual modo, Rotaeche, Etxeberria, Gracia y Parada (2007), sugieren que para elegir la mejor evidencia, ésta debe responder al tipo de diseño de estudio. Por ejemplo, si los profesionales de la salud buscan programas o tratamientos encaminados a abordar un problema específico que recae en el área del diagnóstico del problema, dichos autores proponen entonces que la búsqueda debe estar enfocado en estudios de evaluación de pruebas diagnósticas transversales o de cohorte; por otro lado, si el profesional desea conocer sobre el pronóstico del problema, los estudios de cohortes, ensayos clínicos con rama de control es la mejor sugerencia; por último, para cuestiones de la intervención, el ensayo clínico controlado aleatorizado puede brindar una mejor evidencia. De esta manera, los profesionales de la salud pueden orientarse a través de la búsqueda de estudios, y seleccionar el tratamiento más adecuado que apoye su práctica clínica con los pacientes.

Lo anteriormente expuesto apunta a responder las tres preguntas básicas sobre la valoración de la calidad de tratamientos seleccionados:

1. ¿Cuáles son los resultados? (Magnitud del efecto del tratamiento)
2. ¿Son válidos los resultados del estudio? (Validez interna)
3. ¿Podrán ayudar los resultados al tratamiento del paciente? ¿son aplicables los resultados al contexto clínico? (Validez externa)

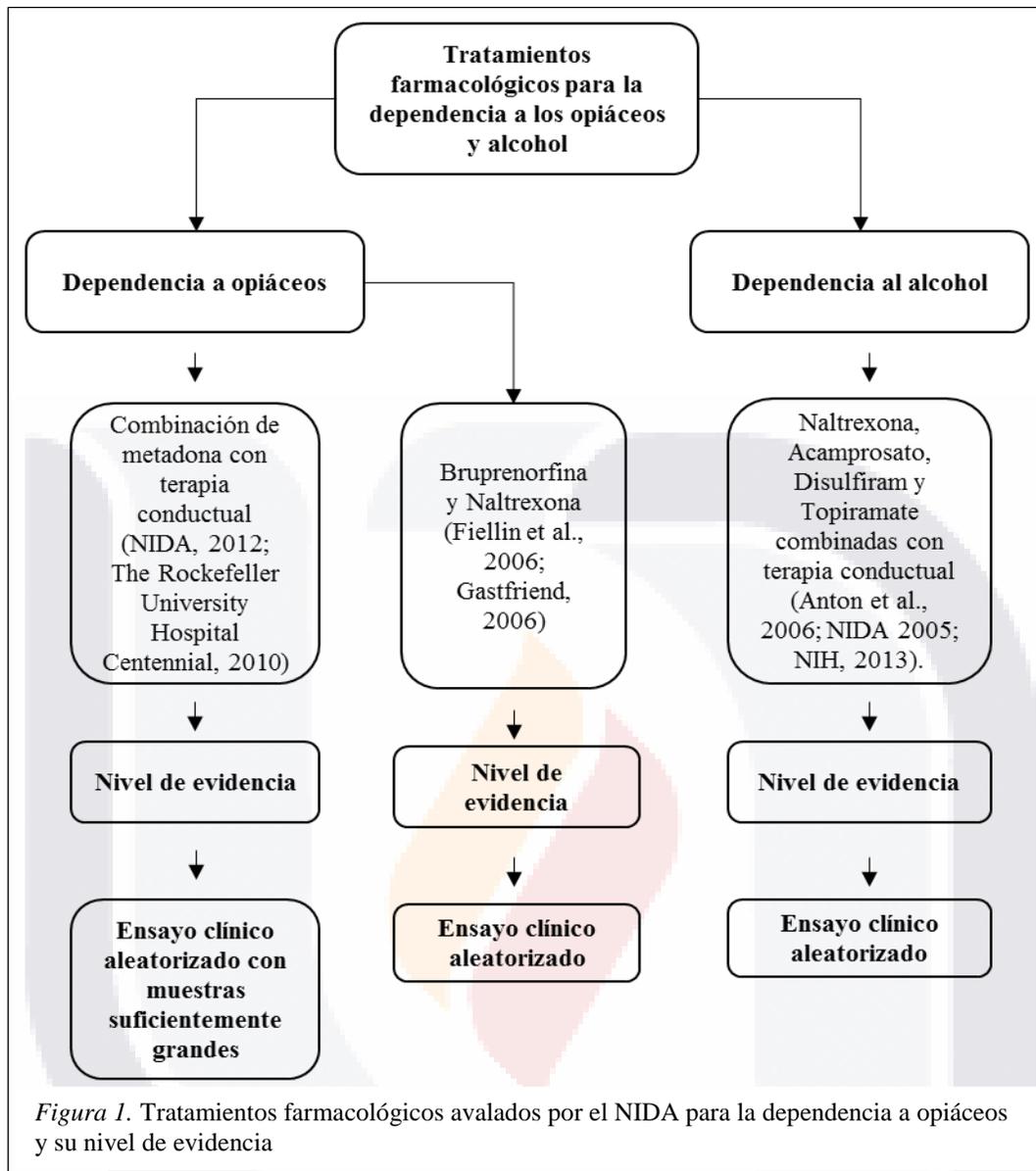
Sin lugar a dudas, la efectividad de los tratamientos es lo que brinda el sustento a la Psicología como ciencia. Por lo tanto el profesional encargado de brindar servicio a la población, debe contar con los conocimientos de los programas que cuentan con esos criterios, y además discriminar qué nivel de evidencia han comprobado. Solo de esta forma estará atendiendo a lo que significa una buena praxis y al compromiso que se tiene de acercar la ciencia psicológica a la sociedad.

También en el ámbito de las adicciones, es importante que el profesional conozca específicamente cuáles son estos programas y qué niveles de evidencia han mostrado a través de sus evaluaciones, ya que los estudios de efectividad a través del tiempo se han caracterizado por aproximarse al trabajo clínico que realiza el terapeuta en su práctica clínica con su pacientes (Martínez-Taboas, 2014). Es importante subrayar la relevancia del conocimiento que el terapeuta tenga sobre los tratamientos disponibles, como primer paso para la adopción (Rogers, 1995). Solo a través de este componente es como se logrará que los profesionales de la salud adopten la PBE en sus lugares de trabajo.

## 1.2 Tratamientos a nivel internacional

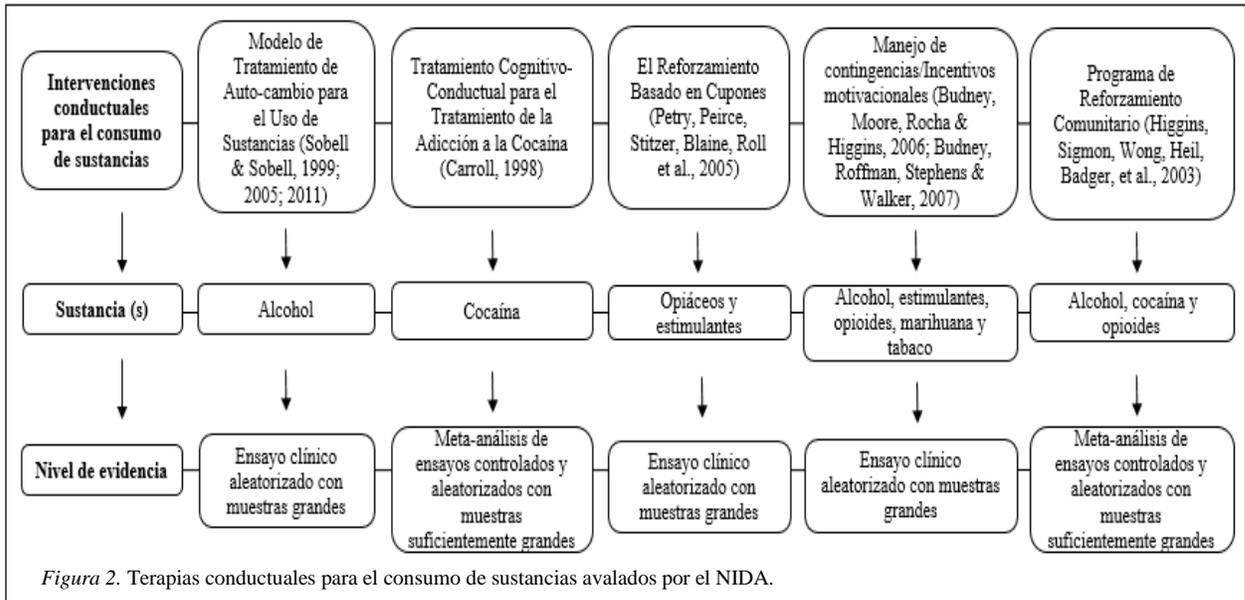
Actualmente son diversos los programas que cuentan con evidencia científica en el tratamiento del consumo de sustancias. Por ejemplo, en los Estados Unidos *The National Institute of Drug Abuse (NIDA)* [Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas], publicó en su página web una serie de tratamientos que cuentan con al menos un ensayo clínico.

Como se observa en la Figura 1, la tendencia de los tratamientos con fármacos es a combinarse con terapias conductuales ya que ayudan a los usuarios a adherirse a las recomendaciones de los médicos, a través de incentivos para que permanezcan en abstinencia, modificar sus actitudes y comportamientos relacionados al abuso de drogas, y aumentar sus habilidades para manejar circunstancias estresantes y señales ambientales que pudieran desencadenar una intensa ansiedad por el consumo de drogas y provocar con ello, otro ciclo de abuso compulsivo (Carroll et al., 2006; Carroll & Onken, 2005; NIDA, 2012).



Sumados a las terapias farmacológicas y conductuales, se encuentra la clasificación de los programas motivacionales, entre ellos *The Motivational Enhancement Therapy [MET] for Alcohol, Marijuana, Nicotine* [Terapia para aumentar la motivación para Alcohol, Marihuana, Tabaco] (Ver Figura 2). Se trata de un enfoque de consejería que ayuda a las personas a resolver su ambivalencia acerca de la participación en el tratamiento y abstinencia en el uso de drogas. Este

enfoque tiene como objetivo evocar rápida e internamente un cambio motivado, más orientar al paciente paso a paso a través del proceso de recuperación.



Fuente: Elaboración propia con información de la página web del NIDA.

La investigación sobre MET, sugiere que sus efectos dependen del tipo de fármaco utilizado por los participantes y el objetivo de la intervención. Este enfoque ha sido utilizado con éxito con personas que presentan dependencia al alcohol, tanto para mejorar su adherencia al tratamiento como para reducir sus problemas con el alcohol.

MET también ha sido utilizado con éxito con los adultos dependientes de la marihuana cuando se combinan con la terapia cognitivo-conductual, que constituye un enfoque más integral de tratamiento (Miller, Yahne & Tonigan, 2003; Stotts, Diclemente & Dolan-Mullen, 2002).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Aunado a los demás programas está *The Matrix Model (Stimulants)* [El Modelo Matriz (Estimulantes)](Huber et al., 1997; Rawson et al., 1995; Rawson et al., 2002). Este modelo proporciona un marco para la participación de consumidores de estimulantes (por ejemplo, abusadores de metanfetamina y la cocaína) que se encuentran en tratamiento para ayudarles a lograr la abstinencia.

Es importante comentar, que en este programa el terapeuta funciona simultáneamente como profesor y entrenador, fomentando una relación positiva con el paciente, y usando esa relación para reforzar el cambio hacia un comportamiento positivo. La interacción entre el terapeuta y el paciente es auténtica y directa, pero no confrontativa ni paternalista. Los terapeutas están entrenados para realizar sesiones de tratamiento de una manera que promueva la autoestima del paciente y su dignidad. Una relación positiva entre el paciente y el terapeuta es fundamental para la retención de los pacientes.

Los tratamientos descritos hasta este apartado, forman parte de la lista de opciones del NIDA, los cuales están publicados en su página de Internet, a fin de acercarlos a los profesionales de la salud para que tengan opciones para atender a las personas usuarias de los servicios de salud.

Por otro lado, en Inglaterra se encuentra: *The National Institute for Health and Care Excellence [Instituto Nacional de Salud y Cuidados de Excelencia] (NICE)*, en el cual los investigadores brindan información sobre tratamientos para el diagnóstico y manejo de diferentes sustancias, tales como: alcohol, heroína, opioides, estimulantes, cannabis.

En su página de Internet (<https://www.nice.org.uk/>), se ponen a disposición intervenciones con evidencia científica y guías clínicas. En la Tabla 6 se muestran las guías clínicas para el tratamiento de las diferentes sustancias adictivas.

Tabla 6.  
Guías Clínicas para el manejo de usuarios de alcohol.

Nombre de la guía clínica	Nivel de evidencia
Alcohol-use disorders: preventing harmful drinking (NICE, 2010) [Trastorno de abuso de alcohol: prevención del consumo nocivo].	Algunos de los criterios de la lista de verificación en relación a la metodología se han cumplido. Los criterios que no se han cumplido o no se describen adecuadamente, se cree poco probable que alteren las conclusiones.
Alcohol-use disorders: Diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications (NICE, 2010) [Trastorno de abuso de alcohol: Diagnóstico y manejo clínico de las complicaciones físicas relacionadas con el alcohol].	La mayoría de los criterios de la lista de verificación en relación a la metodología se han cumplido.
Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (NICE, 2011) [Trastorno de abuso de alcohol: diagnóstico, evaluación y manejo del consumo nocivo y dependencia al alcohol].	Sin datos
School-based interventions on alcohol (NICE, 2007) [Intervenciones escolares en alcohol].	Algunos o ningún criterio cumplido. Las conclusiones del estudio podrían alterarse.
Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings (NICE, 2015) [Violencia y agresión: manejo a corto plazo en escenarios de salud mental, sanitarios y comunitarios].	Algunos de los criterios de la lista de verificación en relación a la metodología se han cumplido. Los criterios que no se han cumplido o no se describen adecuadamente, se cree poco probable que alteren las conclusiones.
Behaviour change: individual approaches (NICE, 2014) [Cambio conductual: aproximaciones individuales].	Algunos o ningún criterio cumplido. Las conclusiones del estudio podrían alterarse.

Nota: Tabla adaptada sobre las guías clínicas de *The National Institute for Health and Care Excellence* en su página web: <https://www.nice.org.uk/>

Además de los tratamientos internacionales, en México se cuenta con publicaciones de intervenciones que también han sido evaluados y que cuentan con reportes sobre su efectividad.

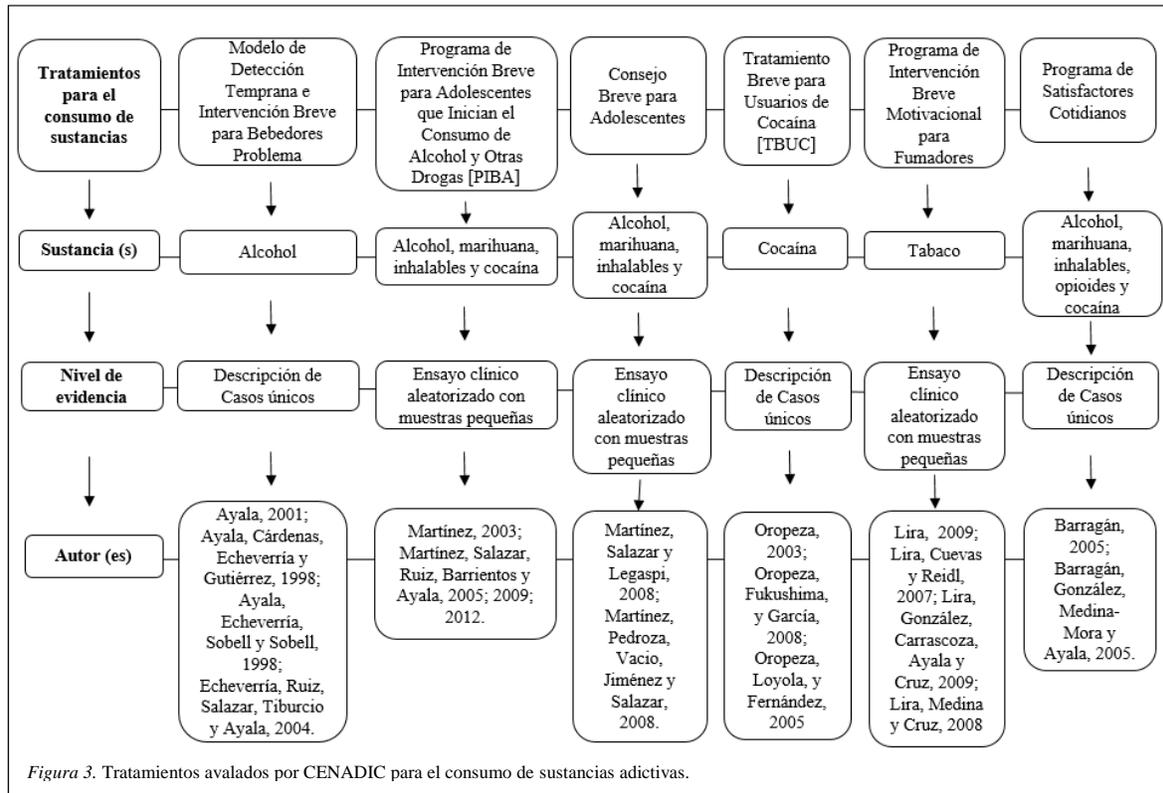
### **1.3 Tratamientos a nivel nacional**

En México, el Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC) realizó la publicación de manuales de programas que han comprobado su efectividad a través de evaluaciones sistemáticas con al menos estudios de casos únicos.

De esta forma, cuando se publican tratamientos por parte de organismos especializados en el área de adicciones se espera establecer un puente con los profesionales encargados de implementar los programas en sus lugares de trabajo, lo cual facilita la diseminación de los hallazgos de la investigación. En la Figura 3 se muestran los tratamientos que están avalados por CENADIC para el abuso de sustancias adictivas y el nivel de evidencia que han combado.

Asimismo, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), cuenta con programas que se enfocan en la intervención de las adicciones; por ejemplo los programas: “Trabajo sexual, violencia y drogas” (Rodríguez, Fuentes, Ramos-Lira, Gutiérrez & Ruiz, 2014); “Familia y Adicciones” (Natera & Tiburcio, 2007); “Intervenciones Breves en Adicciones” (Tiburcio, 2014);

“Prevención de adicciones en el trabajo” (Carreño, Medina-Mora, Ortiz, Natera, Tiburcio & Velez, 2003); “Ayuda para familiares de consumidores de alcohol y otras drogas” (Tiburcio & Natera, 2003) “Beber Menos” (INP, 2012).



Como se puede notar, estos programas están dirigidos a diferentes contextos. Además, investigadores del INPRF han diseñado junto con profesionales en el área de educación a distancia, plataformas útiles para capacitar en estos programas a los profesionales de la salud, el cual permite que el terapeuta traslade estos conocimientos al escenario clínico.

Por su parte, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC-SALUD), el cual se deriva de la Secretaría de Salud, ha puesto a disposición de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

los profesionales guías clínicas basadas en la evidencia con el propósito de sustentar el rumbo de las decisiones en la práctica clínica.

Para la intervención en el área de las adicciones, cuentan con 3 guías:

1. Prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención;
2. Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en el adulto en el primer nivel de atención;
3. Prevención y detección del consumo de sustancias inhalables en adolescentes en el primer nivel de atención.

Estas guías clínicas brindan al sector público y privado un apoyo para la orientación sobre el manejo de casos de abuso de sustancias y alcohol, lo cual también demuestra el trabajo activo en la generación de innovaciones que responden a soluciones en problemas específicos de la salud.

A través del conocimiento que generan las instituciones de investigación se puede facilitar la TT. Sin embargo, es importante evaluar si los terapeutas de los centros donde se brinda la atención a los usuarios, están recibiendo la información y capacitación necesaria así como las facilidades para adoptar dichos tratamientos en sus lugares de trabajo. Además, identificar si las organizaciones están facilitando el acercamiento de los TBE a los profesionales de la salud, porque puede suceder que existan programas o intervenciones disponibles pero no significa que se utilicen en los escenarios clínicos y que lo que se está implementando no cuente con las evaluaciones requeridas.

En resumen, estos tratamientos responden a una clara necesidad que hay de programas dirigidos tanto a población que presenta dependencia a alguna(s) sustancia(s) como los que se encuentran en la etapa de abuso. También es importante poner atención a los estudios que se han realizado para evaluar su efectividad. De esta manera, se cumpliría con la obligación de ofrecer la mejor alternativa de tratamiento disponible a los usuarios.

#### **1.4 Estrategias para la TT en México**

En México se han realizado varios esfuerzos para lograr la TT de diversos programas de intervención de adicciones en diferentes escenarios clínicos y comunitarios a través de la colaboración de varias instituciones del sector público y privado. Algunas de las estrategias se han realizado con éxito, en otras no se lograron los resultados esperados.

Por ejemplo, en un intento para la TT en adicciones, en el país se realizó un estudio donde se utilizó como estrategia de diseminación la capacitación a través de talleres interactivos de 206 profesionales de la salud que laboraban en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Se les capacitó en el Modelo de Intervención Psicológica para el Tratamiento de Bebedores Problema. El resultado fue significativo, ya que se reportó un aumento en los conocimientos de los participantes sobre el tema del consumo y abuso de alcohol, y en los intereses de los mismos  $t(206, 205)=2.318, p=0.021$ . Por ello, se consideró el taller interactivo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

como una herramienta efectiva para diseminar el programa de Auto-Cambio Dirigido en los escenarios de las clínicas del IMSS (Martínez et al., 2003).

Como se pudo observar los talleres interactivos constituyen una opción pertinente para diseminar la información de las intervenciones en adicciones; sin embargo en ocasiones completar el proceso de TT puede ser una transición paulatina, pero sin duda, con pasos certeros puede generar grandes avances para que la PBE logre ser aceptada en los escenarios clínicos.

Es importante mencionar, que lo ideal para implementar todos los tratamientos descritos, se requiere de entrenamiento específico para abordar cada elemento del programa y llevarlo a cabo en la intervención con el usuario. Para ello, CENADIC ha utilizado la capacitación como método de diseminación en los profesionales que laboran en los Centros de Atención Primaria de Adicciones (CAPA) en toda la República Mexicana.

Al respecto, en un estudio que se realizó con 91 terapeutas de 56 CAPAS del Estado de Jalisco (Tavera, 2010), se exploraron los conocimientos en adicciones y en otras áreas, además del tipo de capacitaciones que han cursado. Se encontró que, en una escala del 1 al 10, el promedio de conocimientos generales en adicciones fue de 6.6, conocimientos en prevención (7.3), en tratamiento especializado en adicciones (6.9), detección temprana e intervención (6.7), en el aspecto de género, violencia y derechos humanos (6.5), en comorbilidad o concurrencia de patología médica (7.9), en gestión o administración de programas de tratamientos en adicciones (6.3) y en marco legal de consumo de drogas y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

políticas públicas en prevención y tratamiento de adicciones (5.3). Sobre las capacitaciones que tomaron en los dos últimos años mencionan que la mayoría se capacitó en instituciones públicas no académicas. A las conclusiones que llegaron fue una de las dificultades identificadas fue la rigidez para tratar temas “ajenos” a su filosofía y/o para integrar nuevas formas de tratamiento.

Además se detectó como un problema significativo el manejo de conocimientos técnicos especializados: patología dual, gestión, normatividad, prevención y derechos humanos.

Otro ejemplo de la diseminación del conocimiento a través de la capacitación en línea fue en el caso de la incursión del Programa de Intervención Breve para Adolescentes (PIBA) en la modalidad de *E-learning* (Vargas, Martínez, Pedroza & Morales, 2012). Se vincularon la Fundación Gonzalo Río Arronte I. A. P., la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Universidad Autónoma de Aguascalientes (UAA). Se trató de un proyecto para capacitar a profesionales de la salud a través de la especialización en la modalidad a distancia denominada: “Promoción de la Salud y prevención del Comportamiento Adictivo”. En el piloteo, se realizó un trabajo con 20 psicólogos especialistas en el ámbito de las adicciones, quienes dieron sus observaciones y su evaluación acerca del programa de aprendizaje del PIBA en línea. Los resultados ayudaron para realizar las modificaciones al contenido en la plataforma en línea y al posterior arranque de la capacitación a los profesionales de la salud de los CAPA de todo el país

Estos estudios reflejan la atención que debe ponerse en las estrategias que se utilizan en cada contexto clínico para la diseminación de los tratamientos fundamentados en la PBE. También es necesario que en las capacitaciones se enfatice en los conocimientos específicos para los profesionales de la salud y ellos los apliquen en área de trabajo y al interactuar con los usuarios, para que toda la población que requiere de un tratamiento se beneficie con mejores prácticas.

## **Capítulo 2. TT en el ámbito de la Psicología de las Adicciones**

Para la ciencia, es primordial la transmisión de los nuevos conocimientos, métodos y técnicas para comprender los diversos fenómenos de estudio, para abordar los problemas con formas más eficaces, y con ello beneficiar a la sociedad que así lo requiera. Para lograr estos objetivos, es imprescindible el estudio de la TT con la participación de los investigadores quienes trabajan en el desarrollo de nuevos tratamientos, las autoridades que diseñan las políticas públicas y los profesionales de la salud quienes son los encargados de implementar los tratamientos con la población usuaria. En el enlace que forman la PBE y la TT es como se puede lograr que los resultados de la ciencia lleguen a los escenarios reales para beneficio de la sociedad.

## 2.1 Conceptualización de la PBE

La PBE nace a partir de la investigación empírica hechos en el campo de la medicina, lo cual dio lugar a lo que ahora se conoce como "Medicina Basada en la Evidencia". Estos trabajos se originaron a partir de la necesidad de los galenos de unificar criterios para el tratamiento de diversas patologías, lo que se tradujo en la estandarización por medio de protocolos, para ser utilizados con la misma eficacia y eficiencia (Ybarra, Orozco & Valencia, 2015). Anterior a estos estudios, las limitaciones en los procedimientos estandarizados de la medicina en el siglo XIX provocaron que lo mismo resultara ir con el médico que no hacerlo. Sin embargo, en el siglo XX esta situación empezó a cambiar al producirse avances en la evaluación de los pacientes (por ejemplo con los análisis clínicos y los Rayos X), los cuales se difundieron por todo el mundo repercutiendo en mejores resultados de los tratamientos, ya que la evaluación sistemática brinda una excelente guía para tomar una buena decisión de intervención (Toche-Manley, et al., 2011).

En el campo de la psicología, aún falta trabajar en la difusión de procedimientos estandarizados con el objetivo de que no se desfase la investigación con la práctica clínica (Grissom, 2000). Si se facilita la aplicación de los hallazgos de la investigación al ejercicio clínico, y además se favorece la continua diseminación de los tratamientos efectivos, la psicología crecería continuamente en el conocimiento de "lo que funciona" para los distintos pacientes (Toche-Manley, et al., 2011) para beneficio de la calidad de vida de la población atendida (Frías, et al., 2003).

Con respecto a la relevancia de la difusión de procedimientos estandarizados, quedó evidenciada en el documento denominado *La Fuerza de Tarea en la Promoción y Diseminación de los Procedimientos Psicológicos* (1995), apoyado por la División número 12 correspondiente a la Psicología Clínica de la Asociación Psicológica Americana (APA), el cual fue dirigido por la Dra. Chambless y ha sido revisado en diferentes ocasiones (Chambless, Sanderson, Shoham, Bennet-Johnson, Pope, et al., 1996; Chambless, Baker, Baucom, Beutler, Calhoun, et al., 1998). En este documento de la APA se determinaron los criterios para obtener la eficacia de un tratamiento: a) estar respaldado por la existencia de dos o más estudios rigurosos de investigadores distintos con diseños experimentales intergrupales; b) contar con un manual de tratamiento claramente descrito; y c) haber sido puesto a prueba en una muestra de pacientes inequívocamente identificados (por ejemplo, con arreglo a los criterios diagnósticos del Manual de Diagnóstico del DSM-IV) (Hickey, 1998; Seligman, 1995).

Los tres criterios anteriores fundamentan las ventajas de la PBE en comparación con aquellos tratamientos que no han sido evaluados o que no se ha comprobado su efectividad. De esta forma los organismos públicos y las compañías de seguros en países como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, pueden contar con criterios operativos para financiar selectivamente sólo las terapias psicológicas científicamente validadas. Asimismo, en los demás países donde las compañías de seguros no financian los tratamientos psicológicos, los profesionales y los pacientes pueden contar con información útil para saber qué tipo de ayuda ofrecer o buscar, para hacer frente de forma efectiva a los problemas psicológicos.

Además, los profesores universitarios disponen de una orientación clara para formar a los futuros psicólogos en aquellas terapias que han mostrado su utilidad. Es importante resaltar que los criterios de la PBE, sientan las bases desde una perspectiva deontológica o judicial, para definir operativamente el concepto de *mala praxis*, que es cuando el terapeuta se aparta de una práctica profesional empíricamente validada para un trastorno concreto y en unas circunstancias determinadas (Echeburúa, Salaberría, De Corral y Polo-López, 2010).

Sin embargo, es de sorprender que aun que se conocen las ventajas que ofrece la PBE, haya numerosos psicólogos clínicos en ejercicio que no la ejercen, y además que muchos programas de formación en psicología clínica, se estructuran aún sin tomar en cuenta estos conocimientos (Barlow y Hoffman, 1997; Woo, Hepner, Gilbert, Osilla, Hunter, et al., 2013). No es exagerado afirmar que las terapias no validadas empíricamente se utilizan con más frecuencia que la PBE y que por consecuencia, se presente un desfase entre lo que se sabe y lo que se hace. Por alarmante que pueda considerarse, lo que parece efectivo dista de estar disponible para la mayoría de la población. De este modo, hacer que lo *útil* sea *utilizado* se convierte en una prioridad de actuación (Echeburúa, 1998; Echeburúa, et al., 2010). Para ello, el proceso de TT toma en cuenta diferentes elementos, entre ellos la difusión y la implementación, entre otros.

## 2.2 Conceptualización de la TT

La TT se define como una “serie de estrategias que promueven la transmisión de nuevos conocimientos, innovaciones, tecnologías, prácticas y/o habilidades de un escenario a otro, es decir llevar la investigación a la práctica” (Addiction Technology Transfer Center, 2011, p. 169). Por su parte, Backer (1991) y Tenkasi y Mohrman (1995), señalan que la TT es el proceso de transmisión de información para llegar a la aplicación de la innovación.

A este respecto, los investigadores del Addiction Technology Transfer Center [ATTC] (2011), señalan que se trata de un proceso lento para lograr el uso exitoso de la innovación. Asimismo, Balas y Boren (2000), en un meta-análisis que hicieron de 104 ensayos clínicos sobre la tasa de uso de tratamientos médicos, mostraron que para trasladar el conocimiento del escenario de investigación a la práctica clínica, se toma un promedio de 17 años, y además, que solo se logra que el 14% de las investigaciones que se difundieron, ingresaran a los escenarios clínicos. Los resultados de esta investigación muestran lo complicado que puede llegar a ser la transmisión de la información de las innovaciones, lo cual repercute en el servicio que se ofrece a la sociedad en general.

Para Westfall, Mold y Fagnan (2007), mejorar la transmisión de los conocimientos obtenidos de la investigación, contribuye en varios sentidos: 1) en la práctica clínica de los profesionales de la salud, al incrementar y/o fortalecer la actualización de sus conocimientos y habilidades; 2) además, favorece a la generación de nuevos conocimientos debido a que el "saber" no se queda en

manuales o libros, sino que llega a los profesionales de la salud, quienes están en contacto directo con la población; 3) igualmente, aporta en el desarrollo de estrategias para enfrentar de mejores maneras los obstáculos que impiden que los TBE logren el impacto esperado en la población objetivo; 4) por último, como resultado de esta labor, se podrá gestionar en la creación y análisis de las políticas públicas para la prevención e intervención en el área de la salud.

Asimismo, Westfall et al. (2007), señalan tres ventajas que los investigadores obtienen al dar a conocer la innovación si tienen relación con redes de investigación científica: 1) identificar los problemas que surgen en la práctica diaria en el escenario clínico recomendado y el escenario clínico real; 2) demostrar si los tratamientos con eficacia probada son verdaderamente eficaces y sostenibles cuando se aplican en contexto real; y 3) proporcionar el “laboratorio”, es decir, un lugar para mejorar la PBE y con ello beneficiar al mayor número de usuarios. A través de estas ventajas se pueden encontrar y mejorar los focos de atención que requieren los tratamientos al ser transferidos y adaptados a otro contexto clínico.

A través del proceso de TT el conocimiento científico puede llegar a todos los actores implicados en la salud pública. En relación con el ámbito de las adicciones, puede lograrse un acercamiento a los diferentes escenarios clínicos e implementar intervenciones que han mostrado ser útiles para disminuir o evitar el consumo de sustancias adictivas y con ello sus consecuencias negativas. De la misma forma, las bases de la TT proveen de un panorama de crecimiento constante en la búsqueda de lo que funciona en el escenario real, donde es

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

importante la participación de todos para transformar el medio en el que laboran, dando paso a las innovaciones.

En el área de la Psicología se dispone de intervenciones para diferentes conductas blanco. Estas representan un potencial de aprendizaje si cumplen con procedimientos estandarizados (Toche-Manley, Grissom, Dietzen, & Sangsland, 2011). En este contexto, PBE significa que las intervenciones utilizadas provienen de procedimientos sistemáticos en un contexto clínico de investigación y por lo tanto pueden replicarse en guías prácticas y manuales (Kort, 2006).

En el área clínica, las intervenciones con procedimientos estandarizados brindan la oportunidad de comprender qué tipo de tratamientos son los que presentan mayor nivel de evidencia, dependiendo de las características y necesidades de los usuarios. Sin embargo, la situación que impera en la práctica clínica es el poco aprovechamiento de la experiencia de la vida real (Toche-Manley et al., 2011), al no comunicar de manera más amplia los hallazgos científicos entre los encargados de implementar los tratamientos entre la población, lo que da como resultado un “vacío” en el conocimiento de lo que funciona.

Por ello, resulta relevante que sean conocidos los TBE entre los profesionales de la salud con la finalidad de que los conocimientos se utilicen en los diferentes escenarios clínicos, con lo cual podría beneficiarse directamente a la sociedad, ya que se evitaría el ensayo y error en los procedimientos que se ofrecen.

Ante este panorama, la TT en el ámbito de la psicología y de las adicciones, constituye un proceso que brinda la posibilidad de que los tratamientos lleguen a

su objetivo final: proporcionar un tratamiento de efectividad comprobada a la población que lo requiere, para ayudar en la mejora de su calidad de vida.

## **2.3 Modelos de TT**

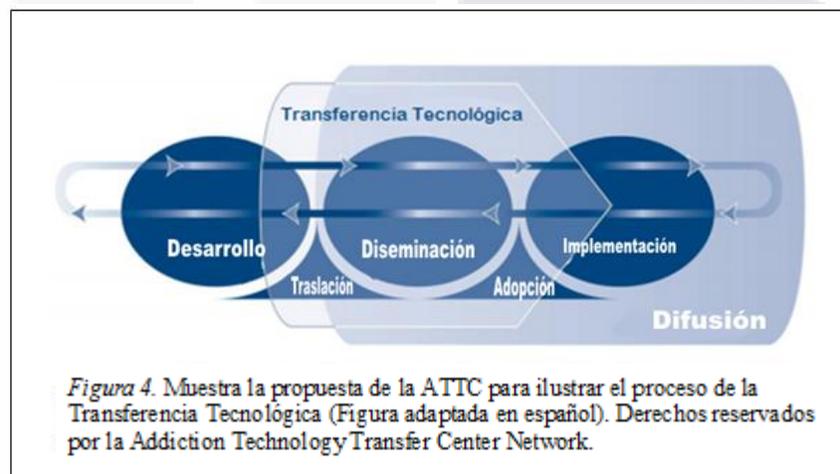
Dentro del tema de la TT, se encuentran diversos modelos que analizan aspectos relevantes para lograr que las innovaciones lleguen a los usuarios meta. A continuación, se describen diez de estos modelos.

### **2.3.1 Modelo de la ATTC**

Una de las organizaciones que trabaja en la TT en el ámbito de las adicciones, es la ATTC, fundado por la *Mental Health Services Administration [Administración para los Servicios de Salud Mental]* (SAMHSA). En estas organizaciones se ha trabajado para crear un modelo de TT en el campo de las adicciones que ayude a entender mejor las diferentes fases por las que pasa una innovación. De esta forma, quienes están interesados en este tema, tendrán una perspectiva más amplia y certera de lo que conlleva la TT. A través de este modelo se ha hecho una importante aportación, para aumentar la difusión de la PBE que se pudieran incorporar en los diferentes contextos clínicos que trabajan en el tratamiento de las adicciones. Como se mencionó, la ATTC (2011), señala que la TT es un proceso dinámico el cual exige cumplir las tareas de cada etapa para lograr uso de los TBE (Figura 4).

Lo anterior tiene relación directa con los centros de trabajo, donde se encuentran los terapeutas. Ellos son quienes están en contacto con la población (usuarios de

los tratamientos), y a su vez, con las políticas de salud y las indicaciones que dictan las autoridades, quienes al final de cuentas, son los que establecen los procedimientos que los terapeutas deben seguir. Por ello es tan importante considerar a ambos actores: los terapeutas y las autoridades en la TT; para lograr llegar a todos los responsables de determinar qué intervenciones son las que se usarán en las instituciones.



Según el modelo de la ATTC, el proceso de TT conlleva desarrollo, la traslación, diseminación, adopción, implementación y difusión de la innovación. Etapas que requieren actividades específicas para avanzar a través del proceso.

La primera fase denominada *desarrollo*, significa la creación de la innovación; en psicología de las adicciones esto hace referencia a tratamientos, programas e intervenciones. Dicha innovación debió haber sido sometida a evaluaciones sistemáticas para demostrar su efectividad apoyada en la comprobación empírica;

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

efectividad entendida como la capacidad de las innovaciones para lograr resultados exitosos en los usuarios o clientes.

Cada tarea de la etapa del desarrollo es fundamental para considerar a una intervención o tratamiento como parte de la PBE, el cual permite observar a cada paso del desarrollo los beneficios y los resultados del mismo y pueda sustentar su efectividad antes de ser trasladado a un escenario clínico. Este aspecto es debe enfatizarse al momento de difundir los tratamientos entre los terapeutas y los encargados de dictar las políticas de salud, ya que a través del conocimiento de los beneficios de utilizar los TBE, habrá mayores posibilidades de que los adopten en sus centros de trabajo.

La siguiente fase del modelo de la ATTC, denominada *traslación*, consiste en resaltar los beneficios de utilizar la innovación, teniendo claro que la información debe ser compartida de forma organizada para facilitar su comunicación. En esta fase se ponen en juego factores internos del diseño del conocimiento o técnica, como la viabilidad para utilizarse en los escenarios clínicos; también los elementos que le son externos, tales como evaluación de su idoneidad o su sostenibilidad, es decir, si reúne las condiciones necesarias para utilizarse en el escenario clínico o si se puede mantener por largo tiempo sin que se agoten los recursos.

Estos aspectos aluden a los profesionales de la salud y sus conocimientos sobre la PBE y las habilidades de búsqueda para encontrar información valiosa para su práctica clínica. Por ello es relevante poner atención a la formación profesional de quienes están en contacto con la población usuaria de los tratamientos. Sin los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

conocimientos necesarios sobre lo que conlleva la PBE sería más difícil lograr el objetivo que es la adopción de los tratamientos que emanan de la PBE.

Posterior a la *traslación* se encuentra la etapa de la *diseminación*. Tan importante es el desarrollo de las innovaciones como su diseminación. En esta fase se comunica una innovación a través del tiempo y de varios canales entre los miembros de un sistema social, y esta comunicación tiene que ver con una idea nueva (Rogers, 1995). Para lograr el éxito se requiere promover la innovación a través de diversas actividades como transmitir la información y/o los conocimientos que se requieren para la implementación, el cual puede llevarse a cabo a través de entrega de material informativo, cursos de capacitación, entre otros (Gotham, 2004). Dichas actividades precisan de la participación de diferentes actores involucrados en la toma de decisiones, que pueden ser los creadores de políticas públicas, autoridades en todos los niveles y los profesionales de la salud. La incorporación de estos, y la documentación de sus aportaciones es relevante para que los encargados de hacer llegar el conocimiento generado desde la investigación, lo diseminen en el lenguaje y formato que requiera el cliente. Estas actividades (organización, administración, traducción, diseminación del conocimiento) son imprescindibles para que se logre la TT (Macías-Chapula, 2012).

Por último, se encuentra la *implementación*, que es la incorporación de la innovación en la rutina de la práctica en los diferentes contextos y escenarios clínicos. McIntosh (2011), también hace referencia a esta fase llamándola implementación con fidelidad, que significa que la PBE se pone en práctica como

en su diseño original al trasladarlo a un escenario real, por lo que se sugiere el monitoreo y medición de quienes utilizan la innovación, para obtener los resultados más precisos y equivalentes a los reportados en la investigación.

También en la fase de implementación incluye las estrategias que los adoptantes deben utilizar, como lo son: a) la capacitación con fidelidad, la cual se refiere a otorgar a los adoptantes la información más consistente y además procurar el desarrollo de las habilidades necesarias para la utilización de los TBE; b) evaluación de la intervención, la cual permite garantizar que el personal adoptante utilice el tratamiento tan fiel al modelo original como sea posible; c) por último, la intervención debe contar con instrumentos que midan la validez de sus resultados. Estas estrategias garantizan que la intervención se ofrezca lo más apegado a su protocolo original para garantizar que los resultados sean tan efectivos como se demostró en la evaluación inicial.

Como se observa en la descripción de las fases de TT, se requiere de un esfuerzo conjunto para la difusión y sensibilización sobre los beneficios de las innovaciones a todos los actores del área de la salud, para la incorporación efectiva en la organización y en la atención a los usuarios, por parte de los investigadores que desarrollan innovaciones, de las autoridades que dictan las políticas de salud, y de los profesionales de la salud quienes deciden si utilizan los TBE en sus centros de trabajo (Bustamante, Riquelme, Alcayaga, Lange & Urrutia, 2012). Con esto se muestra lo importante de ir más allá de la buena información; se exige que la transmisión del conocimiento científico sea de forma comprensible y útil para emplearlo en el trabajo cotidiano, es decir, se trata de comunicar la suficiente

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

información, en la que se resalten los beneficios de usar ese conocimiento con las personas que buscan tratamientos. De esta manera al adoptar las innovaciones, los profesionales de la salud pueden brindar un servicio sustentado en la evidencia científica y no en el ensayo y error (Martínez, Carrascoza & Ayala, 2003), es decir, practicar una psicología con base en la evidencia.

Se debe resaltar el proceso dinámico por el que pasa la TT, el cual lleva un flujo constante entre todas sus fases, para que las innovaciones sean adoptadas. Al resultar exitosas las etapas de la TT la intervención se ha convertido en una innovación efectiva en su contexto. Sin embargo, en ocasiones no se logra el impacto esperado en la difusión de las innovaciones. Al respecto, cuando se utilizan solo las revistas de divulgación científica, los artículos científicos y presentaciones profesionales autónomas, se consideran como un paso inicial únicamente para la promoción de la adopción de los TBE; incluyendo a las intervenciones de abuso de sustancias por la participación pasiva de los profesionales para efectos de la TT (Backer, 1991, 2000; Backer, Liberman, & Kuehnel, 1986; Grimshaw et al., 2001; Miller, Sorensen, Selzer & Brighman, 2006). Esto no quiere decir que no se reconozca la importancia de los recursos y métodos que se utilizan para la promoción de las innovaciones, sino que refuerzan la opinión de que la TT puede llegar a ser un proceso que requiere de un largo tiempo de espera, además de probar diferentes estrategias de difusión para que este proceso tome mayor consistencia.

### **2.3.2 Modelo de Comunicación de Doheny-Farina**

Este modelo hace hincapié en el conocimiento contextual por medio del aprendizaje colaborativo, en el cual se plantean tres supuestos sobre el conocimiento: a) se construye subjetivamente, es decir, el conocimiento es una creencia acerca de un segmento de la realidad que edifican socialmente una comunidad de concedores; b) requiere una adaptación contextual, para que una comunidad adopte un conocimiento de una colectividad diferente, debe configurarse o adaptarse para encajar con el sistema de significado de la comunidad receptora; c) la adaptación contextual eficaz puede requerir una síntesis creativa de los mundos de pensamiento diferentes para producir nuevos conocimientos; es decir que cada participante en la TT construye significados basados en su experiencia (Doheny-Farina, 1992; Martínez & Medina-Mora, 2013).

Este modelo promueve el intercambio de conocimientos entre profesionales de la salud, para lograr la adopción de la innovación en un contexto diferente al escenario original. Dicho intercambio de conocimiento, se señala como una prioridad entre los profesionales para ayudar en la implementación de la innovación hasta conocer sus resultados. Posteriormente a realizar una evaluación, se recomienda que los mismos colaboren en la realización de la reinención de la innovación en su contexto local. Por ende, a través de la construcción de una fuente de comunicación entre los desarrolladores, adoptantes y usuarios de la tecnología, se podrá disminuir la brecha de incertidumbre que

propicie un mayor conocimiento que apoye en la adopción de innovaciones (Doheny-Farina, 1992).

En cuanto a las ventajas de este modelo, se observa que se integra la comunicación bidireccional, es decir, ya no solo el experto en la innovación es quien dicta los pasos a seguir, sino que se hace un trabajo en colaboración con los posibles adoptantes, para conocer sus puntos de vista, sus necesidades y el contexto en el que se encuentran. Estas acciones brindarían las bases para construir un puente que una a los encargados de la TT y a los posibles adoptantes para que el proceso fluya exitosamente.

Es importante tener en cuenta que la TT no se trata de llevar un conocimiento a otro escenario de forma simple, sino que se debe considerar a las personas que están en ese contexto para conocer su realidad y su opinión sobre la innovación que se intenta implementar. De otra forma solo verían este proceso como una imposición de las autoridades, y por esa razón tenga más dificultades en lograr resultados exitosos.

El Modelo de Comunicación de Doheny brinda la pauta para la reflexión en lo que se ha hecho hasta ahora en materia de TT. Si se ha tratado de imponer una innovación en una organización, sin considerar el recurso humano y sus necesidades, el resultado será la constante resistencia al cambio. Esto provocará un desfase entre lo que se sabe y lo que se hace.

### 2.3.3 Modelo de Difusión de las Tecnologías de Everett Rogers

El Modelo de Difusión de las Tecnologías de Rogers (1995), apunta directamente a los expertos en la innovación y a la información que estos brinden a los usuarios potenciales, ya que si los expertos comunican de forma comprensible las ventajas de utilizarla, se vuelve más sencillo el proceso de adopción. Este autor también subraya la importancia que tiene la percepción de utilidad de la innovación para los adoptantes, ya que de esta forma la adopción tomará un curso natural. Este modelo hace hincapié en las estrategias pertinentes de difusión o publicidad para que se construya el escenario ideal para la adopción.

Las características ideales que debe poseer la innovación para que tenga mayores posibilidades de ser adoptada, son las siguientes: *a) la ventaja relativa*, es decir, si la innovación es percibida como mejor que la idea a reemplazar; *b) la compatibilidad*, que se refiere al grado de percepción de concordancia de la innovación con los valores existentes, las necesidades de los adoptantes o las experiencias pasadas del sistema social; *c) la complejidad*, esto es si la innovación se percibe como accesible de entender y de usar; *d) la capacidad de prueba*, es decir el grado en que la innovación puede ser experimentada para conocer sus límites; *e) la observabilidad*, que se refiere al grado en que los resultados de la innovación son visibles a los adoptantes.

En resumen, el Modelo de Difusión de las Tecnologías se centra en un proceso de comunicación unidireccional, y en el cambio social que puede provocarse al ser aprobada o rechazada la innovación en su contexto.

En relación al Modelo de la ATTC, el modelo de Difusión de las Tecnologías de Rogers presenta una menor comprensión de las fases por las que pasa la TT y que se requieren atender desde el desarrollo de la innovación hasta la implementación. Además, la comunicación es unidireccional, lo que significa que solo se transmite la información, es decir no hay un intercambio de ideas con el posible adoptante, lo cual pudiera traducirse en el desconocimiento de sus necesidades o contexto.

#### **2.3.4 Modelo de Difusión de Bass**

El Modelo de Difusión de Bass (1969), considera la influencia de dos factores: uno externo, como son los medios masivos de comunicación, y otro interno o de imitación, derivado del contacto personal con adoptadores tempranos de la innovación (Morlán, 2010). En este modelo se propone una intercomunicación entre ambos factores, y resalta la relevancia del interés de los adoptantes para obtener la innovación. También señala que cuando esta se introduce y no hay adoptantes tempranos, las únicas fuentes de adopción serán las influencias externas, otorgándole un papel importante a la publicidad en medios masivos al inicio del proceso de difusión y disminuye según se va adoptando la innovación. De hecho, Sterman (2000) definió al modelo de Bass, como efectividad de la publicidad.

Las ventajas que se observan en este modelo, recaen en el uso de la publicidad y en el papel que se le da al interés de los adoptantes. Es decir, no se puede pensar

en la adopción de la innovación si esta no ha generado motivación en las personas para utilizarlo en su práctica diaria y si no se conocen las bondades de la innovación. Sin embargo, las desventajas que muestra es en el modo simplista de ver la adopción, solo a través de dos factores, ya que existen otros más en el proceso de TT que solo la publicidad y el interés. Si la organización no está dispuesta o no tiene los recursos para adoptar, en vano estará la publicidad y el interés de los adoptantes.

### **2.3.5 Modelo de Epidemia de Enfermedad de Stermán**

En el Modelo de Epidemia de Enfermedad de Stermán (2000), se considera que la propagación de rumores de ideas nuevas apoya la adopción de nuevas tecnologías, es decir propone que los que han adoptado una innovación "infectan" a los que no lo han hecho. Las ideas nuevas se propagan de forma que los que creen convencen a los que no, para que acepten la nueva idea o tecnología. Mientras que los nuevos adeptos, al mismo tiempo, persuaden a terceros (Morlan, 2010).

En este modelo se observa que se delega a los adoptantes la tarea de "infectarse", siendo que hay más factores involucrados en el proceso, como las facilidades otorgadas por la organización para la capacitación y para la implementación de la innovación; además en cuanto a los adoptantes se refiere, es necesario considerar su disposición a utilizar técnicas distintas a las acostumbradas, y además sus conocimientos y habilidades para usar la

innovación adecuadamente. Asimismo, en este modelo no se consideran los factores que atañen a la implementación de la innovación, es decir no se toman en cuenta seguimientos para verificar la forma en la que se utiliza por los nuevos adoptantes.

### **2.3.6 Modelo de Apropiación de Devine, James y Adams**

El modelo de apropiación de Devine, James y Adams (1987), propone que el investigador desarrolle la idea y ponga a disposición los resultados por medio de diversas formas de comunicación, como artículos de divulgación científica, congresos de actualización profesional, manuales y guías clínicas. Pone énfasis en la importancia de la calidad investigativa y los factores competitivos del mercado, asumiendo que una buena tecnología asegura el éxito de la TT por sí misma. Este modelo sigue la lógica de que las tecnologías se venden bien, por lo tanto, los mecanismos de transferencia intencionales son innecesarios.

Como se observa en este modelo, no se abordan los factores que influyen en la adopción, es decir, solo le deje la tarea a la innovación, sin tomar en cuenta factores de la organización ni de los adoptantes.

### **2.3.7 Modelo de Conocimiento Útil de Backer**

El Modelo de Conocimiento Útil (Backer, 1991), se centra en las estrategias empleadas para explicar los beneficios del conocimiento que obtendrá el receptor. Es trabajo de los ejecutores transferir el conocimiento a través de los canales

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

apropiados, si la innovación no puede ser adoptada el problema sería porque los receptores no perciben las ventajas de dicho conocimiento (Backer, 1991), es decir, es necesario que los ejecutores de la innovación conozcan muy bien los objetivos, así como sus componentes y las bases teóricas y las procedimentales, para que utilicen los conocimientos lo más parecido al modelo original a los adoptantes.

Las ventajas de este modelo radican en la importancia que le brindan al posible adoptante y a la promoción de los beneficios que les traerá utilizar la innovación. Sin embargo, falta involucrar a la organización y considerar las facilidades ésta está dispuesta a otorgar para que se implementen. Además, es importante considerar la situación de los posibles adoptantes para consolidar la TT.

### **2.3.8 Modelo Organizativo**

El Modelo Organizativo hace referencia a la difusión por el proveedor y la comercialización; es decir cómo se “vende el producto” y se hace el contacto con el adoptante. Refiere que existen diversos factores que pueden favorecer el proceso de la TT si se realiza a través de un plan estratégico que lleve a la innovación al éxito de la diseminación, o en su caso pueden convertirse en un factor de obstáculo en este proceso. Es decir que este plan estratégico debe pensarse como un “plan de marketing” del producto para impactar tanto en la institución, como en los directivos, en los adoptadores de la innovación. De igual manera, Frambach y Schillewaert (2002) han propuesto marcos conceptuales para

la aceptación organizacional e individual de una innovación. Para ellos, la aceptación está influenciada por las creencias y las actitudes individuales del personal y por las de la organización. Además refiere que el uso individual de la innovación no sólo depende de las actitudes, sino también en estrategias de gestión, políticas y acciones; y estos factores incluyen la capacitación, la persuasión social y el apoyo organizativo. Si son atendidos y focalizados pudiera realizarse la diseminación de una forma más clara y sencilla.

Las ventajas del modelo se pueden apreciar en que consideran diversos elementos, que va desde la difusión, las necesidades de los usuarios y las condiciones de la organización. Esto puede ayudar a lograr la adopción de la tecnología, sin embargo faltaría incluir los seguimientos de los adoptantes en el proceso de implementación, de esta forma, se cuida la integridad a los procedimientos para obtener los resultados que se reportaron derivados de la investigación.

### **2.3.9 Modelo de Fixsen**

El modelo de Fixsen et al. (2005), se considera como un modelo de implementación que incluye una fuente (de la innovación), una comunicación enlace, y un destino (donde la innovación será implementada). Además de dichos factores, se proponen seis etapas de este proceso de implementación y su ejecución que se refiere a coaching, evaluación del personal, programa de evaluación y entrenamiento del profesional. Este modelo debe considerarse como

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

un proceso interrelacionado entre las mismas etapas para que se obtengan resultados efectivos al momento de la evaluación.

Las ventajas de este modelo radican en la importancia que le otorgan a la fase de implementación, lo que garantiza que la forma en que se utiliza la innovación será de acuerdo a su planeación original. Sin embargo, para llegar a la implementación se requiere todo un proceso de diseminación y aceptación de la innovación, lo cual en este modelo no se aborda.

### **2.3.10 Modelo de Cambio de Programa**

Creado por Klein, Conn y Sorra (2001 citado por Simpson y Flynn, 2007), donde refieren las estrategias necesarias para la planificación e implementación de innovaciones en programas de tratamiento de abuso de sustancias. Su modelo incluye la planificación estratégica (necesidades del personal, funcionamientos, revisión integradora), la preparación (especificación de objetivos, planes de acción, proceso de evaluación) y el proceso de implementación (entrenamiento, adopción, implementación y mejoras en la práctica). A lo que afirman que la decisión de la adopción de innovaciones forma parte del proceso de la implementación.

A través de estos modelos se puede observar la relevancia que tiene el tema de la TT en el desarrollo de las innovaciones y su impacto en la sociedad. Estos modelos tienen en común la búsqueda de agilización del proceso de adopción debido a que se han encontrado barreras que impiden avanzar para llegar a los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

usuarios potenciales, sin embargo, es importante observar que la mayoría de los modelos dan énfasis a solo un elemento, ya sea a la publicidad, o al posible adoptante.

En cambio, el modelo de Comunicación de Doheny-Farina centra el proceso de TT en el factor humano, es decir en el diálogo bilateral para conocer las necesidades de los posibles adoptantes, ya que no consiste en mover una innovación de un lugar a otro, sino que debe concebirse como un proceso donde los protagonistas son los seres humanos, entonces como tal debe abordarse, basados en la comunicación directa con los involucrados, para conocer sus puntos de vista, sus condiciones contextuales y su disposición al cambio. De esta forma se logrará un acercamiento más humano y no arbitrario. Lo primero genera diálogo y apertura, lo segundo barreras al cambio. En la forma en la que se aborde el proceso de TT determinará en gran manera las reacciones de los involucrados ante un cambio en la forma de trabajar.

Además, complementando con lo que señala el modelo de la ATTC, es importante tener tareas específicas para cada fase de la TT. Debe considerarse un proceso dinámico, que será necesario ir acompañando a los adoptantes en cada etapa sin olvidar que pueden presentarse avances y retrocesos en la disposición a utilizar la innovación en cualquier momento.

## 2.4 Barreras que influyen en la TT

Se han documentado diversos factores que pueden obstaculizar la diseminación de las innovaciones:

En primera instancia, se encuentra el contexto cultural donde las condiciones de la comunidad no convergen con la innovación a implementar, como el género, origen étnico, el nivel socioeconómico, las costumbres y prácticas culturales.

En segundo lugar, las barreras que presentan las organizaciones o instituciones adoptantes, que se refieren a las actitudes y creencias que tienen para adoptar una innovación, el tiempo de inversión para implementarla, el costo-beneficio, cambios y ajustes con respecto a las necesidades de la institución, el personal insuficiente, así como los recursos financieros.

El tercer aspecto se refiere a la disposición del personal de la organización para aceptar la implementación de la innovación. Como es conocido, los cambios van acompañados de resistencias por parte de los adoptantes potenciales. Es importante tomar en cuenta a todos los usuarios involucrados desde los directivos, hasta la comunidad beneficiada para que la innovación sea aceptada y adoptada en la organización.

Por último, las experiencias individuales del personal encargado de adoptar la innovación, que se refiere a la percepción de los beneficios pero también de los problemas a la hora de utilizarla. Por ejemplo, si los adoptantes observan cambios positivos en sus usuarios, si llegan a notar que las necesidades del usuario son otras, además de las actitudes respecto a la innovación en sí misma y la falta de

capacitación. Estos aspectos deben tomarse muy en cuenta para lograr la consolidación de las innovaciones tecnológicas en las organizaciones (Amodeo et al., 2011; Berger et al., 2009; Brown, 2000; Godley et al., 2001; Martínez & Medina-Mora, 2013; Nelson & Steele, 2007; Riley, Rieckmann, & McCarty, 2008; Sheehan, Walrath, & Holden, 2007; Thomas, Wallack, Lee, McCarty, & Swift, 2003).

Asimismo, Massatti, Sweeney, Panzano y Roth (2008) identificaron cinco señales de advertencia sobre amenazas para consolidar un TBE:

- 1) Falta de recursos financieros para la implementación. Si no se hacen las estimaciones y los presupuestos a largo plazo las organizaciones pueden limitar e incluso suspender la aplicación del tratamiento.
- 2) Falta de apoyo de agentes externos para los esfuerzos de implementación de la organización. Este indica la importancia a la influencia y el apoyo de los grupos externos el cual juegan un papel importante en las decisiones que rodean la adopción porque son más neutrales en otorgar un continuo apoyo y recursos para la aplicación de la PBE.
- 3) Dificultad para atraer y retener al personal de calidad. Puede ser fácil traer a los ejecutores del programa a las instituciones y enseñar a los profesionales de la salud cómo se aplica; sin embargo, al retirarse los ejecutores, los terapeutas pueden requerir apoyo en la implementación. Además de ser un factor importante en la estructura administrativa de la institución, los profesionales de la salud ya

entrenados y capacitados en las innovaciones pueden proveer un fortalecimiento para el proceso de TT.

4) La creencia de que una innovación no encaja con las destrezas o con el conocimiento del empleado o en la misión y filosofía de la organización. Se refiere a que la organización piensa que la innovación compromete sus valores, así mismo que ya contaban previamente con los suficientes conocimientos y habilidades de los terapeutas, y son resistentes para aprender sobre nuevas prácticas.

5) Por último, las creencias de que la PBE no es fácil de implementar. Hace referencia al grado de confianza que tiene la organización para ejecutar la innovación por los profesionales de la salud.

Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate y Kyriakidou (2004), señalan que la infraestructura, los recursos y la jerarquía para la toma de decisiones son componentes que pueden explicar las razones por las que los profesionales y la organización adoptan determinadas intervenciones y otras no. Aunque puede tener la capacidad de implementar las innovaciones, puede no ser capaz o no estar dispuesta a adoptarla (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman & Wallace, 2005).

Por ejemplo, en un trabajo de Morris, Wooding y Grant (2011), donde revisaron 23 estudios con la finalidad de presentar un análisis de la literatura sobre los desfases en el tema de la TT. Para lo cual, se utilizó una plantilla de extracción de datos con los siguientes campos: fecha de inicio y fin de la medición, rango, media, mediana, fechas utilizadas, tema y país de estudio. En esta investigación se encontró un

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

desfase promedio de 17 años entre cada estudio analizado. Estos resultados coinciden con lo reportado por Balas & Boren (2000), en relación a la dificultad para medir los desfases extensos por las limitaciones en las citas, otros registros y memorias.

Hasta aquí se ha hecho hincapié en las barreras que pueden surgir de parte de la organización en el proceso de TT, así como en los creadores de políticas públicas y las autoridades, sin embargo, es importante destacar la figura de los profesionales de la salud y el de los usuarios que se verán beneficiados con el conocimiento (Pedroza & Martínez, 2012). El personal que labora en los centros de atención a las adicciones, pueden ser resistentes al cambio debido a muchos factores, entre ellos: la falta de comprensión de la nueva información, la falta de incentivos para el cambio, otras prioridades, limitaciones financieras, miedo al fracaso y el temor general de cambio.

Tanto los profesionales de la salud como la sociedad en general representan un binomio fundamental de la TT, ya que significa que las innovaciones han cumplido la meta de alcanzar a los usuarios finales. Las creencias de estos sobre la PBE también constituyen un factor influyente (Pacheco & Martínez, 2013); es decir, si el usuario cree que el programa o tratamiento funcionará, y el terapeuta cree en la efectividad del programa a partir de su entrenamiento y su experiencia profesional, el éxito de la diseminación tiene mayores probabilidades de éxito.

Por ejemplo, en el estudio de Pacheco et al. (2013), entrevistaron a 10 terapeutas expertos en adicciones que implementan el Programa de Intervención Breve para

Adolescentes [PIBA] (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos & Ayala, 2005; 2009; 2012), para analizar las variables clínicas que en opinión de los terapeutas, se asocian con el éxito de la intervención y con las categorías de conocimiento, actitudes y habilidades. Los autores concluyen que la actitud de compromiso hacia el TBE por parte de los terapeutas, el interés genuino por las personas usuarias, y la creencia en las posibilidades del cambio en los usuarios a través de la aplicación del programa, son factores que incrementan las posibilidades de éxito.

En otro estudio realizado en Argentina por Vezzoni y Sgró (2012), en centros ambulatorios públicos de adicciones, fueron entrevistados 10 profesionales de la salud, entre ellos, cuatro psicólogos, un médico clínico, dos médicos psiquiatras y tres trabajadores sociales. Con respecto al tiempo de ejercicio profesional en el área de adicciones, el 30% tenían menos de cuatro años, el 30% entre cuatro y ocho años, y el 40% entre nueve y 12 años. Dicho estudio concluyó que la experiencia de los profesionales de la salud en la relación terapéutica, y en la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes son de gran importancia y significancia para la efectividad de los programas que tienen en estos centros ambulatorios de adicciones.

Tomando en cuenta los estudios anteriores, es necesario considerar cuáles son los factores involucrados en la efectividad de los tratamientos originados en la PBE en distintos escenarios clínicos, de esta manera se tomarán en cuenta las estrategias a utilizar para mejorar la vía de difusión para lograr la TT.

Otro factor que se considera como una barrera para la adopción de los tratamientos surgidos de la PBE son los manuales o las guías clínicas. Por ejemplo, en un estudio realizado con cardiólogos a través de una encuesta anónima en 12 países como Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela, tuvo el objetivo de estimar la tasa de uso de Guías de Práctica Clínica y conocer las objeciones. Se encuestó a 952 cardiólogos, y el 91.5% refirió sí que utilizaban las guías clínicas; de éstos el 75.8% recurrían a guías clínicas extranjeras y locales, mientras que el 24.2% sólo usaba locales. El 58.2% de los encuestados refirió al menos una objeción a la calidad o utilidad de las guías clínicas.

Las críticas más comunes fueron tres: que las guías proponen el uso de recursos no disponibles en los lugares de trabajo (11.5%), que recomendaban métodos no posibles de utilizar por falta de cobertura (9.2%) y que no representaban la realidad de los pacientes asistidos (7.7%). Entre los encuestados que no las utilizaban, el 22.2% refirió que desconocía las últimas guías clínicas. Entonces, se concluyó que la comunidad de cardiólogos sí utilizaban las guías clínicas y demuestran la conciencia de sus beneficios en los profesionales y su vinculación con su utilización en la práctica clínica (Amodeo, Lundgren, Cohen, Rose, Chassler, et al., 2012).

Igualmente, en un estudio de Amodeo, Lundgren, Cohen, Rose, Chassler, et al. (2011), se exploraron las barreras para la adopción en 172 organizaciones de tratamiento de base comunitaria, mediante la comparación de las descripciones de los terapeutas. Se analizaron cuatro tratamientos: Motivational Interviewing (MI),

Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA), Assertive Community Treatment (ACT), y Cognitive-Behavioral Therapy (CBT). Los autores encontraron que para implementar MI se vieron involucradas las barreras como la resistencia del personal de la organización, de los cuales la mayoría refirió no tener entrenamiento para utilizarla, y que consideraban que no se ajustaban a ella. Para el A-CRA las barreras fueron las características específicas de este tratamiento ya que su implementación consumía mucho tiempo; también se reportaron resistencias del cliente (el modelo no era adaptable a las necesidades del usuario). Para el programa de ACT las barreras se asociaron con la falta de recursos financieros. Finalmente, las principales barreras para la CBT, se asociaron con la resistencia del cliente para adherirse al manual durante el proceso de la intervención.

Como se observa, las distintas barreras atañen al profesional que implementa los TBE, ya que los terapeutas constituyen un personaje fundamental en la interacción en la alianza terapéutica con el usuario para brindar la intervención psicológica. Además, se pueden convertir en un campo de estudio importante; por ejemplo, si se analizan los factores internos que pudieran ser un obstáculo en la implementación de los programas en los centros de adicciones los directivos y terapeutas pueden abrir una brecha de oportunidad para reevaluar los mecanismos y procedimientos que se pueden mejorar al utilizar e implementar los tratamientos como una forma de prevención de los obstáculos que están adyacentes a estas barreras.

Al respecto se debe considerar que en la adopción de la PBE, no sólo influyen los factores contextuales como las políticas de salud y las decisiones de las autoridades sino también las determinaciones de los profesionales de la salud. De esta manera, se requiere valorar aspectos como la capacitación que ofrece la organización a los terapeutas y las facilidades brindadas para implementar determinado tratamiento de acuerdo al análisis de las necesidades de la estructura de la organización y la comunidad usuaria de los servicios. Además, es importante tomar en cuenta la relación de los adoptantes (organización y terapeutas) con la educación y el conocimiento. Por último, debe considerarse el aspecto de la sensibilización a la organización y los terapeutas para aprender nuevos procedimientos que apoyen a la adopción de la PBE. Este binomio: organización y terapeuta, brinda un importante referente para comprender mejor el proceso de la adopción y su influencia en la disposición de los terapeutas para adoptar determinadas innovaciones (Wandersman, Duffy, Flaspohler, Noonan, Lubell, et al, 2008).

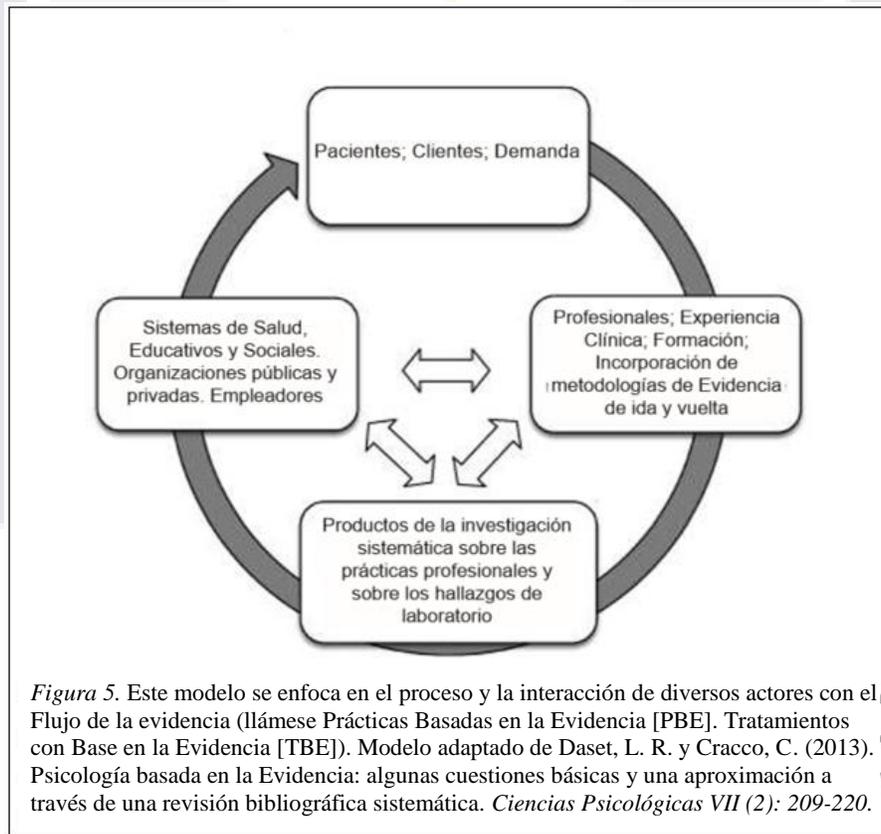
En un estudio que realizó Veliz (2014), se documentaron las barreras de los terapeutas para utilizar los materiales de los TBE, se propuso una clasificación de dichas barreras: 1) atribuibles al investigador: este desarrolla las metodologías y los tratamientos rigurosos que son complejos manejarlos para los adoptantes y aplicarlos en el escenario clínico. 2) Institucionales: obstaculizan el apoyo para implementar los tratamientos con base científica por parte del cuerpo directivo de la organización y/o el personal, el cambio de las políticas de salud; la falta de recursos financieros y materiales para la aplicación. 3) Tecnológicas: se

manifiestan al implementar la innovación (manuales, guías clínicas, tratamientos) en su contexto y las intervenciones no se ajustan a las necesidades de los usuarios. 4) Atribuibles al profesional de la salud: es un factor de dualismo en los adoptantes, ya que se comprometen con sus usuarios para auxiliarles con tratamientos efectivos y a su vez tienen obligaciones con sus funciones administrativas por parte de la organización y que en cierta manera limitan la tarea del profesional, también se consideran las creencias personales y supuestos teóricos del terapeuta.

Daset y Cracco (2013), desarrollaron otra clasificación de las barreras a través de los siguientes actores y procesos que implican la adopción: 1) Paciente, cliente, demanda: se refiere a un Individuo o un grupo de ellos, inmerso en un contexto y con una demanda en particular que transcurre en un momento histórico –personal y global-. Pueden incluirse otras personas o grupos, como la familia, los cuidadores, los pares, etc., que influyen indirectamente o directamente en las intervenciones; 2) Profesional, experiencia clínica, formación: principalmente se refiere al profesional de la salud, así como su experiencia y formación profesional. También incluye los conocimientos del profesional que tiene para intervenir clínicamente; pero además de saber integrar esos conocimientos con la PBE que le ayuden a suscitar más conocimientos para la práctica clínica y ponerlos a disposición de otros adoptantes; 3) Investigadores y productos de la investigación sistemática: las innovaciones por lo general pueden proceder de ambientes académicos donde desarrollan los procedimientos, los métodos, y técnicas para la PBE y su evaluación; y después descienden las innovaciones a otros escenarios

clínicos; y 4) Sistemas de salud, sociales y educativos, nacionales, regionales e internacionales: En estos sistemas se pueden encontrar que las políticas de la organización pueden influir en las acciones de los profesionales, así como las decisiones organizacionales para generar nuevas innovaciones, pero que puede ocasionar barreras internas.

A través de esta clasificación surgió un modelo con los actores y procesos que están implicados en la adopción de la PBE (ver Figura 5).



Como se puede observar, Véliz (2014); y Daset y Cracco (2013), coinciden en algunos de los factores que pueden obstaculizar la adopción de PBE. Al identificar estas barreras puede brindar a los diversos actores una mejor perspectiva de las razones por las que en algunos casos la PBE “no encaja” en los diferentes escenarios clínicos.

En el ámbito de las adicciones existen diversos tratamientos diseñados de acuerdo a lo que se estipula en la PBE, aunque es innegable lo difícil que resulta que sean adoptados por los terapeutas en sus centros de trabajo. Rogers (2003) en su libro clásico *Diffusions of Innovations* hace referencia al desfase que existe entre el desarrollo de tecnologías y su adopción en la práctica. Al respecto, señala un ejemplo muy claro de esta brecha, describiendo lo que sucedió en la medicina cuando se descubrió que los frutos cítricos eran capaces de incidir en la alta mortalidad ocasionada por una enfermedad llamada el escorbuto, sin embargo, tuvieron que pasar 194 años para que se tomaran estos conocimientos en las políticas de salud ocasionando con ello numerosas muertes. Este ejemplo es muestra del desfase que suele haber entre los hallazgos de la investigación científica y los servicios de salud. Lo mismo suele suceder en el ámbito de los tratamientos para el consumo de sustancias, donde se observa una brecha entre los conocimientos científicos y la práctica habitual del trabajo de los profesionales de la salud (Lamb, Greenlick, & MacCarty, 1998; Marinelly-Casey, Domier & Rawson, 2002; Sorensen & Midkiff, 2002).

En conclusión, debe destacarse que tanto las instituciones como las políticas de salud y los mismos terapeutas pueden convertirse en obstáculos para el proceso de la TT en el campo de la Psicología. Por ello es importante poner atención en los aspectos de la organización (centros de atención) y en los conocimientos que poseen los terapeutas que ahí laboran sobre la PBE, y además en sus habilidades de búsqueda y en las actitudes que manifiestan para adoptar los tratamientos con evidencia científica, ya que si no se les da la relevancia que merece, se estarían descuidando factores individuales y contextuales importantes para la adopción de tratamientos con evidencia científica.

### **Capítulo 3. Factores atribuibles a los profesionales de la salud que influyen en la TT**

#### **3.1 Conocimientos de los profesionales de la salud acerca de la PBE**

Con respecto a los conocimientos de los profesionales de la salud en relación a la PBE, es fundamental que las instituciones y los terapeutas cuenten con la información suficiente y pertinente para tener presente los tratamientos efectivos que pueden utilizar en su práctica diaria. Para lograr estos objetivos es importante conocer las fuentes de información más confiables como lo son las bases de datos bibliográficas científicas, para acceder a las novedades en cuanto procedimientos efectivos se refiere.

En este sentido cuando se habla de conocimientos, estos se relacionan con:

- 1) La comprensión de los principios de la PBE
- 2) Las fuentes de consulta disponibles donde se pueden encontrar los tratamientos efectivos
- 3) Las características básicas de la PBE
- 4) Los niveles de evidencia, para conocer en qué medida se ha comprobado su efectividad

Estos conocimientos brindan la base para que los profesionales de la salud estén en las condiciones de ofrecer tratamientos efectivos a la población.

La PBE contribuye a la actualización de los conocimientos y a mejorar la credibilidad de los profesionales de la salud al manejar la evidencia científica en su práctica clínica (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005). De esta manera, el tener conocimientos sobre la PBE permitirá a los profesionales de la salud una mejor comprensión de la utilización de sus conocimientos y de la evidencia científica y tener una mayor certeza de la aplicación de sus conocimientos en el ejercicio profesional. En la búsqueda para transferir estos conocimientos al campo de acción en la prevención y tratamiento de sustancias adictivas, los profesionales especialistas en adicciones tienen el reto de examinar y evaluar las herramientas o técnicas, así como las innovaciones que constantemente se producen a través del tiempo (ATTC, 2004).

Dentro de los estándares de la PBE, generalmente se espera que los profesionales de la salud brinden los tratamientos con la mejor evidencia científica

actual. Sin embargo, dichos tratamientos se han tardado en surgir para las conductas adictivas se refiere (Stirman, Crits-Christoph, & DeRubeis, 2004).

Esta brecha se va perpetuando por varios aspectos, uno de ellos tiene que ver con el desfase de los programas universitarios con los TBE. Además los programas de posgrado y pasantías en psicología, han dejado de lado la PBE (Crits-Christoph, Frank, Chambless, Brody & Karp, 1995; Miller & Brown, 1997).

Concerniente a la importancia de este tema, Rogers (1995) señaló que el punto de partida para adoptar una innovación es el propio conocimiento que el terapeuta posea de las nuevas prácticas y sus beneficios para que posteriormente la lleve a su centro de trabajo. Al respecto hizo una analogía de la adopción de las innovaciones con el Modelo Transteórico de las Etapas de Cambio de Prochaska y DiClemente (1984), en donde el conocimiento representa la guía para que el terapeuta utilice el nuevo método y luego esté dispuesto a promover la adopción. Por ello es importante que el profesional de la salud conozca los componentes de la PBE para que inicie el proceso de adopción de los tratamientos. Si no hay un conocimiento previo sobre los TBE entonces no podría ni siquiera pensarse en que un clínico los adoptaría.

En un estudio realizado en Estados Unidos con una muestra aleatoria de 488 terapeutas físicos miembros de la Asociación Americana de Terapia Física (*APTA por sus siglas en inglés*). Los objetivos del estudio fueron describir las creencias, actitudes, conocimientos, y los comportamientos del terapeuta físico relacionados con la práctica basada en la evidencia. Los autores encontraron que aspectos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

como la formación, la confianza en las estrategias de búsqueda, el uso de bases de datos, y valoración crítica tiende a asociarse con los terapeutas más jóvenes con menos años desde que obtuvieron su grado de licenciatura (Jette et al., 2003). Es decir que los conocimientos que obtuvieron los terapeutas que han egresado recientemente tienen un conocimiento más “fresco” sobre el aspecto de metodología e investigación y su formación académica funciona como fundamento para tener un criterio para delimitar sus búsquedas de programas o tratamientos.

Una de las formas para adquirir los conocimientos sobre la PBE, es mediante la capacitación, sin embargo para que sea efectiva, requiere que el experto brinde retroalimentación y esté disponible para aclarar dudas sobre los procedimientos. Por ello, la supervisión y la capacitación son otro binomio importante a considerar en el tema de la PBE.

### **3.2 Capacitación y supervisión**

Weisz, Donenburg, Han y Weiss (1995), señalan que a lo largo del proceso de entrenamiento los que capacitan a los profesionales de la salud deben ser sensibles a las reservas que estos puedan tener sobre adoptar tratamientos con manuales guiados, para lo cual la retroalimentación es un poderoso aliado. Estos hallazgos sugieren que la supervisión y acceso a los expertos tienen que estar disponibles si se espera que las actividades de adopción tengan éxito.

Los métodos específicos que se pueden utilizar para el entrenamiento son el uso de video-grabaciones para la demostración y la supervisión, proporcionar

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

materiales de formación que ilustren errores comunes y dificultades con un tratamiento, la realización de grupo de supervisión y evaluación continua de casos (Calhoun, Moras, Pilkonis, & Rehm, 1998; Kendall & Southam-Gerow, 1995; Crits-Christoph, et al., 1998).

Schmidt y Taylor (2002), reportaron que el éxito de la difusión después el ofrecimiento de varios talleres de capacitación sobre el curso del programa, fue utilizando la supervisión regular del grupo llevada a cabo por un experto, además del acceso permanente a éste.

Es importante enfatizar, que quienes llevan a cabo el entrenamiento, brinden seguimiento a la fidelidad del tratamiento y los resultados, y además proporcionen retroalimentación a los profesionales de la salud a lo largo del proceso de adopción, ya que la fidelidad ha sido asociado con mejores resultados del tratamiento (Drake, et al., 2001; Feeley, DeRubeis, & Gelfand, 1999; McHugo et al., 1999; Moras, 2002). Al respecto Andrzejewski, Morral, Kirby y Elguchi (2001), encontraron que la fidelidad, aumentó con la retroalimentación de expertos. La supervisión continua y la retroalimentación pueden ser valiosos en la adopción de los protocolos de tratamiento y puede servir para dinamizar el grupo de pares, afinar habilidades, proporcionar apoyo a profesionales de la salud y un medio para la solución de problemas (Schmidt & Taylor, 2002).

Sin embargo, la realidad es que las instituciones presentan también problemas que se deben afrontar a nivel organizacional e individual para sostener la adopción. Estos son temas que se deben poner en perspectiva en la PBE. Por ello

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

es importante tener conocimientos sobre las barreras que pudieran presentarse, además enfatizar la comunicación interpersonal entre innovadores y adoptantes potenciales. Si no se consideran estos aspectos, muchos investigadores estarán perdiendo importantes componentes en el éxito de sus tratamientos.

No obstante, muchas veces los recursos con los que cuenta una institución de servicios psicológicos son pocos, lo que hace que se concentren más en la supervivencia que en el aprendizaje y en la adopción de innovaciones (Rollnick, Kinnersley & Butler, 2002). El financiamiento regularmente es para cuestiones administrativas, por lo que el apoyo para el aprendizaje de nuevos métodos de trabajo es bajo, lo que favorece a mantenerse haciendo las mismas cosas de la misma forma. Tales barreras sistemáticas deben ser consideradas y abordadas en la planificación de la difusión (Stirman, Crits-Christoph & DeRubeis, 2004).

Por ejemplo en un estudio con 99 directores de centros de atención de alcoholismo, reportaron que los terapeutas que ahí laboraban preferían obtener información en interacciones cara a cara (por ejemplo talleres o asesorías con expertos), sin embargo su disposición era limitada para asistir a conferencias o aprender de libros y revistas científicas (Levinson, Schaefer, Sylvester, Meland, & Haugen, 1982). Este hallazgo apunta hacia la inversión económica y de infraestructura que deben hacer las instituciones para capacitar a sus terapeutas de forma presencial, lo cual pone en perspectiva el problema de la obtención de conocimientos en un campo donde la literatura se expande rápidamente y donde los costos que implica la capacitación presencial son altos.

Además de los conocimientos, Rogers (2003) indica que es preciso también desarrollar habilidades entre los profesionales de la salud. Señala que cuando se aprende a nadar no solo se hace desde la teoría sino que inmediatamente se debe poner acción a las instrucciones recibidas. Lo mismo sucede con la PBE, donde es fundamental que los profesionales de la salud desarrollen habilidades para identificar los programas con evidencia, ya que la misma definición de la PBE hace referencia al uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones sobre el cuidado de los usuarios (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996). Situación que pone en juego sus habilidades de búsqueda en fuentes confiables y para analizar la información.

Es importante crear estrategias de capacitación orientada a la PBE como una manera de proveer a los profesionales de la salud que laboran en el área de las adicciones mayores herramientas en conocimientos y habilidades para elevar la calidad y efectividad de las prácticas clínicas. De esta manera, se puede lograr un acercamiento para que el terapeuta implemente los tratamientos con mayor evidencia.

### **3.3 Habilidades de los profesionales de la salud para el uso de recursos bibliográficos**

Cuando se habla de la importancia de las habilidades de los profesionales para el uso de recursos bibliográficos, ésta alude a la combinación de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia externa extraída de la investigación (Fresneda, Muñoz, Mendoza & Carballo, 2012). Según Schlosser

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(2006), en un momento de demandas de información y utilización de investigación crecientes, los profesionales que trabajan al servicio de personas con distintas necesidades se plantean considerar la investigación con evidencia empírica como parte de su toma de decisiones clínicas y educativas. Ser competente en la búsqueda de información permitirá no sólo la autonomía de aprender, sino que además facilitará la integración de otros contenidos los cuales proporcionan actualización en temas de hallazgos de la investigación científica (Cruz, 2009). Además que implica reducir los costos de capacitación.

Con respecto a las dificultades o barreras para el uso de tratamientos, con fundamento en la PBE al trabajo clínico y al proceso de toma de decisión en general, la carencia de tiempo se ha considerado como la barrera más importante (Dysart & Tomlin, 2002), así como la falta de formación para interpretación de datos estadísticos y escasas destrezas de búsqueda de información relevante. Por lo tanto se debe contemplar que aunque los científicos tiendan a dar a conocer sus hallazgos a través de revistas científicas, muy pocos terapeutas utilizan esos medios en su práctica diaria (Miller, 1987; Sobell, 1996).

En un estudio realizado por Fresneda, Muñoz, Mendoza y Carballo (2012) con 217 logopedas españoles, 214 señalaron haber utilizado como principal recurso su propia experiencia clínica en los últimos seis meses de trabajo. La consulta de libros es otro recurso muy utilizado junto con la información vía internet y las consultas con compañeros. Sin embargo, se afirma que son muy pocos los logopedas que consultan revistas científicas especializadas en los últimos seis meses. Además, en este mismo estudio se encontró que un valor predictor del uso

de la PBE, es la exposición a la literatura científica durante los años del ejercicio profesional formación académica ( $t = -4.25, p < .001$ ), y durante los años de formación académica ( $t = .82, p < .001$ ). Por lo tanto, se debe poner atención en las fuentes de diseminación de la PBE para que los terapeutas la adopten en su práctica cotidiana.

Por otro lado, se realizó un estudio con 221 fisioterapeutas colombianos sin formación previa en la PBE. Se utilizó una encuesta para saber el aspecto sobre su desempeño profesional y de investigación. Los resultados que surgieron con respecto al uso de las habilidades de estos fisioterapeutas para la búsqueda de información fueron que el 43.4% de los encuestados buscan información en fuentes primarias y secundarias, mientras que el 28.5% respondió nunca hacerlo. El 55.7% utilizan buscadores como Altavista, Google, Hotbot y Lycos, y solo un 13% usaba Tesauros para encontrar información sobre literatura científica. Las conclusiones que se establecieron, fue que los fisioterapeutas demostraron pobres habilidades para la obtención de literatura especializada y científica en la fisioterapia lo que se considera como una barrera para la implementación de la práctica con base en la evidencia en su práctica clínica (Ramírez-Vélez et al., 2015).

Por su parte, Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg y Haynes (2000), señalaron que para hacer efectivos los tratamientos con base en la evidencia, es importante seguir el proceso siguiente: 1) Hacer una pregunta bien construida, 2) Seleccionar fuentes con evidencia, 3) Llevar a cabo una estrategia de búsqueda, 4) Valorar y sintetizar la evidencia, 5) Aplicarla, 6) Evaluar la aplicación de la evidencia.

Además Schlosser (2003) agrega otro paso, el cual se relaciona con la diseminación de los hallazgos para que otros puedan beneficiarse con el aprendizaje obtenido.

En el estudio de Jette et al. (2003) encontraron que con respecto a las habilidades de búsqueda de literatura, el 17% de los terapeutas declaró que leer menos de dos artículos en un mes normal, y el 66% afirmó que utilizan la literatura en la toma de su decisión clínica menos de dos veces al mes. Para los terapeutas físicos el principal obstáculo para la implementación de la PBE fue la falta de tiempo para las búsquedas. Una de las conclusiones es que los terapeutas físicos estaban interesados en aprender o mejorar las habilidades necesarias para utilizar la PBE en su ejercicio profesional y consideraron que es necesario aumentar el uso de la evidencia en su práctica diaria.

Asimismo, Salbach, Jaglal, Korner-Bitensky, Rappolt y Davis (2007), consideraron que una barrera para el uso de la PBE es la falta de habilidades para llevar a cabo el proceso de búsqueda y lectura de la evidencia científica. Además se requiere, entre otros factores, un grado mínimo de auto-eficacia, definida por Bandura (1977) como el juicio de la propia habilidad para organizar y realizar actividades en un dominio específico.

### **3.4 Autoeficacia de los profesionales de la salud**

Salbach et al. (2007), encontraron que los profesionales de la salud que tienen percepciones positivas sobre su propia preparación, disponibilidad de acceso a las fuentes de información y tiempo suficiente para dedicarlo a su propia formación, tienen un mayor grado de auto-eficacia.

Aunado a los conocimientos y habilidades, Rogers (2003) hace referencia a la percepción del terapeuta acerca de la facilidad para entender e implementar el nuevo tratamiento. Si el terapeuta derriba la idea de que usar la PBE es demasiado complicada, entonces estará dispuesto a acercarse a ellos.

Al respecto Miller, Sorensen, Selzer y Brigham (2006), señalan la tendencia que existe en los terapeutas a permanecer en lo conocido y en lo cómodo. Lo desconocido es percibido como difícil, complicado e inaccesible. Por ello es importante mostrarles a los clínicos que PBE no es difícil de implementar, sino lo que requieren es acercarse a través de las diferentes vías disponibles como los manuales, guías clínicas y capacitación a distancia. Estas creencias forman un conjunto de actitudes que pueden influir en las tomas de decisiones y al ejecutar una acción.

### **3.5 Actitudes y creencias de los profesionales de la salud**

Los profesionales de la salud se ven inmersos en un ambiente laboral donde interactúan con otros profesionales, administrativos y directivos en sus áreas de trabajo. En esta interacción a menudo se comparten todo un sistema de

creencias, actitudes y percepciones entre los mismos profesionales de la salud, los directivos de la organización, también con respecto a los procedimientos, protocolos, materiales, programas que utilizan en sus actividades laborales, e incluso con respecto con los pacientes. Ansa y Acosta (2008) consideran que la actitud de los empleados hacia su trabajo puede incrementar la eficiencia y la productividad de las organizaciones. Esto puede ser tomado en cuenta como una estrategia para influir en los profesionales de la salud para promover el uso de la PBE en el ámbito de las adicciones. Es decir, a partir de identificar qué profesionales de la salud presentan mejor actitud hacia el uso de la PBE, se puede hacer un trabajo a partir de "inductores" que promuevan el uso de los tratamientos con base en la evidencia.

Por otro lado, es también importante considerar las actitudes de los profesionales de la salud hacia la PBE, ya que pueden impactar en la adherencia del usuario o paciente a los tratamientos y por ende en los resultados que se deriven de la intervención. Para Roussos (2001), las características personales del profesional de la salud interactúan de forma compleja en los resultados que presenta el usuario. A este respecto, se requiere que el profesional de la salud esté preparado tanto en conocimientos, habilidades y sobre todo en la disposición de atender a sus usuarios y su práctica clínica con actitudes que le permitan elevar la calidad de sus intervenciones terapéuticas. Además, según el ATTC (1998), los profesionales deben desarrollar la apreciación de las diferencias entre las culturas para el abordaje de las adicciones, buena disposición para evitar el juicio, tener interés en los hallazgos de investigación científica, reconocer la importancia de la

investigación científica al suministrar un tratamiento de adicción, y tener la apertura hacia la información nueva. A este respecto, en el estudio de Jette et al. (2003), encontraron que los fisioterapeutas que mostraron una actitud positiva hacia la práctica con base en la evidencia, el 79% piensa que mejora la calidad de atención de los pacientes, y el 72% que la evidencia les ayuda en la toma de decisiones en su práctica clínica.

El estudio Vezzoni y Sgró (2012), se encontró que la experiencia de los profesionales de la salud es de importancia en la relación terapéutica, ya que se considera que la adherencia al tratamiento se relaciona con la efectividad de los programas de adicciones que se ofrecen en los centros ambulatorios de adicciones.

En conclusión, los elementos que se han descrito tales como los conocimientos relacionados con los procedimientos de la PBE (teniendo los conocimientos como punto de partida sobre las características que distinguen a los tratamientos como científicos), más las habilidades para la búsqueda de información sobre tratamientos y técnicas eficaces, la percepción de autoeficacia, sus actitudes y creencias pueden ser componentes fundamentales para que los profesionales de la salud adopten los tratamientos cuyo fundamento se encuentre en la PBE.

Si se logra incidir en estos componentes se podrá facilitar la tarea a quienes se dedican a promover la adopción de la PBE y con ello el beneficio sería directamente para la población.

#### **Capítulo 4. Centros de Atención Primaria a las Adicciones de Baja California**

El consumo de sustancias en México ha recibido especial atención a partir de los resultados de las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA) que muestran un panorama problemático.

En el caso del estado de Baja California, los reportes de la última ENA (Secretaría de Salud, 2011), señalan que se encuentra entre las zonas de mayor prevalencia de consumo de drogas ilegales de todo el país (2.8%). Entre las drogas ilegales que más se destacan en esta región son la metanfetamina y la heroína, las cuales son consideradas de gran impacto a nivel individual pero también a nivel familiar y social, por las graves consecuencias que generan.

Para atender esta cuestión, se han creado unidades especializadas. En el 2007 el gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud, creó las Unidades de Especialidad Médica - Centros de Atención Primaria en las Adicciones (UNEME-CAPA) como programa federal. Son centros para la prevención, tratamiento y formación de personal para el control de las adicciones, con el propósito de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social de la población.

Como parte de esta iniciativa del gobierno federal se crearon un total 338 módulos de atención en los 31 estados y su Distrito Federal. Esto con la finalidad de brindar tratamiento que la población requiera para el control de las adicciones. En el Estado de Baja California se encuentran 17 centros de atención a las adicciones distribuidos en los cinco municipios para atender las necesidades de los usuarios consumidores de sustancias adictivas a través de la consejería breve, prevención

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y tratamiento de adicciones. Se encuentran cinco centros en el municipio de Ensenada, cuatro en Tijuana, dos en Rosarito, uno en Tecate y cinco en Mexicali.

El objetivo de los UNEME-CAPA es "disminuir el consumo de drogas a través de acciones tempranas y oportunas en escuelas, grupos organizados y comunidad en general" (CENADIC, 2010).

Algunas de las actividades que se llevan a cabo son:

- Atender los determinantes asociados al consumo de sustancias adictivas en la comunidad
- Disminuir la prevalencia de abuso y dependencia mediante actividades preventivas
- Identificar en forma temprana a jóvenes susceptibles o vulnerables (tamizajes)
- Intervenir tempranamente
- Diagnosticar en áreas bio-psico-sociales a quienes padecen una adicción
- Detener el desarrollo de la adicción en fases tempranas
- Brindar el apoyo necesario a las familias de experimentadores, abusadores o dependientes

El personal del área de psicología ha sido capacitados en los programas desarrollados en la Facultad de Psicología de la UNAM como lo son el Modelo de Detección Temprana e Intervención para de Bebedores Problema (Ayala, 2001; Ayala, et al., 1998; Ayala, et al., 1998; Echeverría, et al., 2004), el Programa de Intervención Breve para Adolescentes (Martínez, 2003; Martínez, et al. 2005; 2007; 2012), el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, 2003;

Oropeza et al., 2008; Oropeza et al., 2005); el Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores (Lira, 2009; Lira et al., 2007; Lira et al., 2009; Lira et al., 2008), y el Programa de Satisfactores Cotidianos (Barragán, 2005; Barragán et al., 2005).

Cabe resaltar el trabajo que se ha hecho en la disseminación de los programas mencionados en los UNEMES-CAPA, el cual se ha hecho a través de capacitaciones presenciales y a distancia (Vargas et al., 2012), buscando con ello que los encargados de implementar los tratamientos, los utilicen adecuadamente con la población que solicita el servicio.

El caso de Baja California es particular, ya que está adscrito al Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC) y a CENADIC. En conjunto colaboran para lograr los objetivos de las políticas de salud en México.

El IPEBC fue fundado en 1987 primeramente como Instituto de Salud Mental DIF Baja California. Esta institución brinda cobertura estatal en hospitalización y consulta externa. A partir del 2001, funciona como organismo independiente, con programas y subprogramas ya establecidos (IPEBC, 2014).

"La misión del IPEBC es fomentar y preservar la salud mental en el Estado, proporcionar una atención especializada y multidisciplinaria, consolidar y concientizar a través de nuestras acciones, prevenir, curar y rehabilitar. Desarrollar ciencia y difundir su conocimiento, mantener el más alto espíritu ético en nuestra labor profesional, creando así condiciones que propicien la mejor calidad de vida de los Bajacalifornianos" (IPEBC, 2014, p. 3).

El objetivo es “brindar una atención especializada y multidisciplinaria a los problemas de Salud Mental, basándose en el desarrollo sostenido del quehacer científico, (...) así como la mejora continua de la sensibilización, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente en el Estado de Baja California” (IPEBC, 2014, p.4).

El IPEBC ofrece los siguientes programas:

- Consulta externa, hospitalización y urgencias
- Clínica de atención integral del niño y el adolescente
- Salud mental comunitaria, familia funcional e intervención en crisis ante desastres
- Enseñanza, investigación, capacitación y actualización
- Administración
- Seguimiento y evaluación de programas e instituciones de atención a las adicciones
- FORMA - Sistema Asistido de Construcción Personal
- Reconstrucción Personal (RP)

Los dos últimos programas estatales de adicciones (FORMA y Reconstrucción Personal), convergen con las actividades que realizan los CAPA. De esta manera el IPBEC / CAPA, cuenta con departamentos específicos para la atención a personas usuarias de estos servicios tanto del Programa FORMA, RP, y

programas de tratamientos breves de CENADIC. De esta manera, los profesionales de la salud que laboran en los CAPA de Baja California, tienen adscripciones de orden estatal o federal, lo que define qué programa y actividades realizarán. Es decir, los terapeutas con adscripción estatal indicaría que trabajarán el programa FORMA y RP; mientras que los de orden federal estarán asignados a los programas de CENADIC.

Es relevante estudiar el papel que desempeñan los centros de atención y los terapeutas en la forma de implementar los tratamientos, teniendo en cuenta que juntos conforman un trinomio que afectará directamente los resultados que se obtengan y en el aumento de la calidad de vida de los usuarios.

#### **4.1 Programa FORMA en las UNEME-CAPA del Estado de Baja California**

El IPEBC implementó en el 2006 el Programa Preventivo Escolar Sistema Asistido de Construcción Personal “FORMA”, el cual se ha aplicado dentro de los componentes de la prevención universal y selectiva dirigido a niños y adolescentes. Su objetivo es “disminuir la incidencia y prevalencia de las adicciones en el estado, contribuyendo positivamente en el impacto social, económico y de salud de la población” (IPEBC, 2015). Asimismo, mediante estas acciones buscan retrasar el inicio del consumo de cualquier sustancia psicoactiva, incidiendo sobre los factores de riesgo. Es decir, que si se previenen los indicadores de posibles trastornos de conducta o emocionales que puedan relacionarse con el consumo a sustancias adictivas, el programa FORMA puede

ayudar favorablemente en la prevención y disminución del consumo en la población escolar (IPEBC, 2015).

Es importante mencionar que el programa FORMA está conformado por 20 sesiones las cuales se realizan de forma grupal en todos los CAPA del Estado. Para cumplir este objetivo se realizan varias estrategias. La primera de ellas es la denominada, fase de la *Detección Escolar*. Aquí los terapeutas visitan las escuelas primarias y secundarias para realizar la detección de estudiantes de 8 a 14 años que están en riesgo de adquirir una conducta adictiva. Estas acciones se realizan a través de un Cuestionario de Factores de Riesgo en Primaria y un tamizaje de adicciones a nivel secundaria. Dicho instrumento aborda varios indicadores como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), Trastorno Disocial, Trastorno Negativista Desafiante, pobre desarrollo de habilidades sociales, Depresión, factor relacionado con el ámbito familiar, y consumo de sustancias.

En estas acciones denominadas "*Detección*", es requerido el apoyo del personal docente de las escuelas. Esta actividad también se le llama *Detección Externa*, ya que los terapeutas se dirigen directamente a las escuelas primarias y secundarias. Por otro lado, la *Detección Interna* se refiere a personas que acuden directamente al CAPA y el terapeuta realiza este procedimiento. Como actividad aunada del Área de Detección, también realizan la certificación de escuelas libres de humo y tabaco en escuelas del Estado, y certificación de escuelas primarias y secundarias como "Escuelas de Bajo Riesgo" donde toman en cuenta si los maestros patrullan en las periferias de la escuela en los horarios de clases, si existen o no

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

vendedores ambulantes en la escuela y si las puertas de la escuela están cerradas con candado en el horario de clases.

Una vez realizada la detección de riesgos en los niños, se invita a los padres y al menor a terapia de grupo semanal en las instalaciones del CAPA. Es importante mencionar que los padres e hijos, son atendidos en grupos separados.

Otra fase del programa FORMA se le llama *Seguimiento*, el cual también se clasifica mediante dos tipos: interno y externo; ambos se refieren a que los niños, adolescentes, y padres reciben atención psicológica.

El *Seguimiento Interno* comprende las acciones de evaluación y diagnóstico (en el Departamento de diagnóstico) para ser integrado al grupo de terapia hasta cumplir las 20 sesiones del programa. En el área de diagnóstico, el terapeuta se encarga de realizar pruebas psicológicas a los posibles candidatos que requieran algún tipo de servicio psicológico, y en caso que se requiera se canaliza para diagnóstico psiquiátrico, neurológico o de otro tipo. Finalmente se entregan resultados del diagnóstico a las personas y se cumplen con las acciones de canalización ya sea a tratamiento breve, al programa FORMA o a RP, según sea el caso.

Por último, el *Seguimiento Externo* se refiere a las acciones que los terapeutas realizan en las escuelas, en las cuales trabajan mediante técnicas grupales incorporando a los niños y adolescentes detectados en el tamizaje. Es importante mencionar que este programa no tiene carácter obligatorio para los usuarios, sino que se invita a la comunidad a beneficiarse con los servicios que se ofrecen en los CAPA.

Como dato importante para los fines de este documento de investigación, debe señalarse que el Programa FORMA no cuenta con evaluaciones acerca de su efectividad en el escenario clínico.

#### **4.2 Programa de Reconstrucción Personal**

"El programa de Reconstrucción Personal ofrece una opción profesional para el tratamiento de las adicciones dentro y fuera del Centro de Reinserción Social". Se implementa en todos los penales de Baja California desde una perspectiva multidisciplinaria de atención, apoyándose en herramientas médico-psiquiátricas así como psicológicas (IPEBC, 2015).

El programa está dirigido a personas consumidoras de sustancias psicoactivas que de manera voluntaria solicitan el apoyo, o que han sido canalizados por otras instituciones. Está compuesto por 20 sesiones y organizada en cinco fases:

- Esclarecimiento
- Desintoxicación Rápida
- Reconstrucción
- Enfrentamiento-Confrontación
- Reinserción

El objetivo de este programa es "generar conciencia de enfermedad, dando información sobre la misma y ayudando al paciente mediante técnicas de terapia

cognitivo-conductual a identificar y realizar los cambios necesarios para mejorar su calidad de vida” (IPEBC, 2014).

Este programa es implementado por terapeutas que laboran en los penales y también en las diferentes UNEME-CAPA para ayudar en el mantenimiento de la abstinencia del consumo de sustancias psicoactivas.

Sin duda el trabajo de los CAPA en Baja California es importante porque las políticas de intervención se han enfocado a la prevención universal y selectiva. Sin embargo se hace necesario conocer los resultados que los programas han ofrecido. De esta forma, se cumpliría con lo señalado en los principios de la PBE, que es evaluar desde un inicio las intervenciones que se han desarrollado y ofrecido a la población, asegurando que los usuarios se benefician de una intervención que cuenta con eficacia y efectividad comprobada.

A manera de conclusión, debe hacerse notar que el proceso de TT es complejo ya que intervienen diversos factores que interactúan entre sí para dar como resultado numerosos retos. Las políticas de salud, las autoridades, la organización institucional y los profesionales de la salud. Además la forma en la que se aborda la introducción de la innovación a las instituciones también determinará en gran medida la actitud que tomen las personas involucradas en la implementación de los PBE. Por ello es preciso que las estrategias para agilizar la TT deben considerar las dificultades pero también los recursos humanos que intervienen.

## Referencias

Amodeo, M., Lundgren, L., Cohen, A., Rose, D., Chassler, D., Beltrame C., D'Ippolito, M. (2011). Barriers to implementing evidence-based practices in addiction treatment programs: Comparing staff reports on Motivational Interviewing, Adolescent Community Reinforcement Approach, Assertive Community Treatment, and Cognitive-behavioral Therapy. *Elsevier*, 34, 382-389.

Addiction Technology Transfer Center [ATTC] (1998). *Conocimientos, Destrezas, y Actitudes de la Práctica Profesional*. Serie de Publicaciones para Asistencia Técnica (TAP) 21. Publicación de DHHS Núm. (SMA) 98-3171. Rockville, MD: Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, versión en español.

Addiction Technology Transfer Center [ATTC] (2011). Research to practice in addiction treatment: Key terms and a field-driven model of technology transfer. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41, 169–178.

Addiction Technology Transfer Center [ATTC] (2004). *The change book* (2<sup>nd</sup> ed.). Kansas City: ATTC National Office.

Ansa, M. & Acosta, A. (2008). La actitud hacia el trabajo del personal administrativo en el Núcleo Humanístico de la Universidad del Zulia. *Revista de Ciencias Sociales*, 14, (1), 121-130.

Andrzejewski, M. E., Kirby, K. C., Morral, A. R. & Iguchi, M. Y. (2001). Technology transfer through performance management: The effects of graphical feedback and positive reinforcement on drug treatment counselors behavior. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 179-186.

Anton, R.F., O'Malley, S.S., Ciraulo, D.A., Cisler, R.A., Couper, D., Donovan, D.M., Gastfriend, D.R., Hosking, J.D., Johnson, B.A., LoCastro, J.S., Longabaugh, R., Mason, B.J., Mattson, M.E., Miller, W.R., Pettinati, H.M., Randall, C.L., Swift, R., Weiss, R.D., Williams, L.D., & Zweben, A. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: The COMBINE study: A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 295 (17), 2003–2017.

Ayala, H. (2001). Intervenciones motivacionales con bebedores problema en México: Resultados iniciales. En H. Ayala & L. Echeverría (Eds.), *Tratamiento de conductas adictivas*, 81-91. México: UNAM.

Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. & Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Miguel Ángel Porrúa.

Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M. & Sobell, L. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para los bebedores problema en México. *Acta Comportamental*, 6 (1) 71-93.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Balas, E. A., & Boren, S. A. (2000). Managing clinical knowledge for health care improvement. In J. Bemmell, & A. T. McCray (Eds.), *Yearbook of medical informatics 2000: Patient-centered systems* (pp. 65–70). Stuttgart, Germany: Schattauer Verlagsgesellschaft.

Backer, T. E. (1991). *Drug abuse technology transfer*. Rockville, MD.

Backer, T. E. (2000). The failure of success: Challenges of disseminating effective substance abuse prevention programs. *Journal of Community Psychology*, 28, 363–373.

Backer, T. E. Liberman, R. P. & Kuehnel, T.G. (February 1986). Dissemination and adoption of innovative psychosocial interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (1), 111-118. Recuperado en: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.54.1.111>

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Barlow, D.H. & Hoffman, S.G. (1997). *Efficacy and dissemination of psychological treatments*. En D.M. Clark y C.G. Fairburn (comp.). *Science and practice of cognitive behavior therapy*, 95-117. Oxford University Press.

Barragán, L. (2005). *Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Barragán, T. L., González, V. J., Medina-Mora, M. E. & Ayala, V. 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, 61-71.

Bass, S. F. (1969). A new product growth for model consumer durables. *Management Science*, 15 (5), 215–227.

Bayés, R. (1984). ¿Por qué funcionan las terapias comportamentales? *Anuario de Psicología*, 30, 127-147.

Becoña, E. (1999). La discrepancia entre la investigación y la práctica clínica en la terapia de conducta. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 71-103.

Berger, L. K., Otto-Salaj, L., Stoffel, V. C., Hernandez-Meier, J., & Gromoske, A. N. (2009). Barriers and facilitators of transferring research to Practice: An exploratory case study of Motivational Interviewing. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 9, 145–162.

Brown, B. S. (2000). From research to practice: The bridge is out and the water is rising. *Advances in Medical Sociology*, 7, 345–365.

Brown, B.S. & Flynn, P. M. (2002). The federal role in drug abuse technology transfer: a history and perspective. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, (4), 245-57.

- Budney, A.J., Moore, B.A., Rocha, H.L., & Higgins, S.T. (2006). Clinical trial of abstinence-based vouchers and cognitive behavioral therapy for cannabis dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74* (2), 307–316.
- Budney, A.J., Roffman, R., Stephens, R.S., & Walker, D. (2007). Marijuana dependence and its treatment. *Addiction Science & Clinical Practice, 4*(1),4–16.
- Bustamante, C., Riquelme, G., Alcayaga, C., Lange, I., & Urrutia, M. (2012). Experiencia de transferencia tecnológica de la consejería Telefónica para Cuidados Crónicos de Salud a equipos de Atención Primaria. *Enfermería Global 11*, (27), 172-178.
- Calhoun, K., Moras, K., Pilkonis, P. & Rehm, L. (1998). Empirically supported treatments: Implications for training. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 66*, 151.
- Carrascoza, V. C. (2007). Terapia Cognitivo Conductual para el Tratamiento de las Adicciones: fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Carreño, S., Medina-Mora, M.E. Ortiz, A. Natera, G. Tiburcio, M. y Vélez, A. (2003). Modelo de prevención del uso de alcohol, tabaco y drogas en el lugar de trabajo. Serie Planeación. Consejo Nacional de Contra las Adicciones. México, 85-100.
- Carroll, K. (1998). A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction. National Institute of Drug Abuse. *NIH Publication. 98-4308*.

Carroll, K.M., Easton, C.J., Nich, C., Hunkele, K.A., Neavins, T.M., Sinha, R., Ford, H.L., Vitolo, S.A., Doebrick, C.A., & Rounsaville, B.J. (2006). The use of contingency management and motivational/skills-building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 5, 955–966.

Carroll, K.M., & Onken, L.S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *The American Journal of Psychiatry, 168*, 8, 1452–1460.

Centros de Integración Juvenil. (2010). Red de atención. Recuperado de <http://www.cij.gob.mx/RedAtencion/redatencion.html>

Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones [CENADIC] (2010). Nueva Vida. Recuperado de [http://www.cenadic.salud.gob.mx/interior/centros\\_nuevavida.html](http://www.cenadic.salud.gob.mx/interior/centros_nuevavida.html)

Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones [CENADIC] (2012). Manual general de procedimientos del centro nacional para la prevención y el control de las adicciones. Recuperado en: [http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/transparencia/Manual\\_Procedimientos.pdf](http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/transparencia/Manual_Procedimientos.pdf)

Chambless, D.L. (1996). In defense of dissemination of empirically supported psychological interventions. *Clinical Psychology Science and Practice, 3*, 230-235.

Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E, Calhoun, K.S., Crits Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Johnson, S.B., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A., & Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.

Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology by the American Psychological Association*, 66, 7-18.

Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Bennet-Johnson, S., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S.R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D.A. y McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-22.

Coll, C. (2008). Aprender y enseñar con las TIC. Expectativas, realidad y potencialidades. *Boletín de la Institución Libre de Enseñanza*, 72, 17-40.

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 and Practice*, 26, 514 – 522.

Crowne, D. P. (1979). *The experimental study of personality*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Cruz, J. (2009). Enfoque Estratégico y Formación de Terapeutas. *Terapia Psicológica*, 1 (27), 129-142.

Cruz, E., García, R., & Soria, J. (2009). Jerarquía de los diseños epidemiológicos. Revisión de las publicaciones de los 17 años de la Revista Ecuatoriana de Neurología. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 18, 1-2.

Daset, L. R. & Cracco, C. (2013). Psicología basada en la Evidencia: algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 209-220.

Devine, M., James, T. & Adams, I. (1987). Government supported industry-research centers: Issues for successful technology transfer. *Journal of Technology Transfer*, 12(1), 27-28.

DiCenso A, Guyatt G, Ciliska D. (2005). *Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice*. Elsevier Mosby; St. Louis, MO.

Doheny-Farina, S. (1992). *Rhetoric, innovation, technology*. Cambridge, M.A.: MIT Press.

Drake, R. E., Goldamm, H. H., Left, H. S., Lehman, A. F, Dixon, L., & Mueser, K. T. (2001). Implementing evidence-based practice in routine mental health services settings. *Psychiatric Services*, 52 (2), 179-182.

Dysart, A. M., & Tomlin, G. S. (2002). Factors related to evidence-based practice among U.S. occupational therapy clinicians. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 275–284.

Echeburúa, E. (1998). ¿Qué terapias psicológicas son eficaces? Un reto ante el 2000. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 149-160.

Echeburúa, E. & De Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 1,181-204.

Echeburúa, E., Salaberría, K., De Corral, P., & Polo-López, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y Retos del Futuro. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 19, 247-256.

Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, L., Tiburcio, M., & Ayala, H. (2004). *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.

Ellington, J., Sackett, P. R. y Hough, L. M. (1999). Social desirability corrections in personality measurement: issues of applicant comparison and construct validity. *Journal of Applied Psychology*, 84, 155-166.

Evidence-Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine: A new approach to teaching and practice of medicine. *Journal of American Medical Association*, 268, 17, 2420-2425.

Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 578-582.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Fiellin, D.A., Pantalon, M.V., Chawarski, M.C., Moore, B.A., Sullivan, L.E., O'Connor, P.G., & Schottenfeld, R.S. (2006). Counseling plus buprenorphine/naloxone maintenance therapy for opioid dependence. *The New England Journal of Medicine*, 355(4):365–374.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida, Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.

Frambach, R., & Schillewaert, N. (2002). Organizational innovation adoption: A multi-level framework of determinants and opportunities for future research. *Journal of Business Research*, 55(2), 163-176.

Fresneda L. M. D., Muñoz L. J., Mendoza L. E. & Carballo G. G. (2012). La práctica basada en la evidencia en la logopedia española: actitudes, usos y barreras. *Revista de Investigación Educativa*, 30, 29-52.

Frías, M., & Pascual, J. (2003). Psicología Clínica Basada en Pruebas. *Papeles del Psicólogo*, 85, 11-18.

Gastfriend, D.R. (2011). Intramuscular extended-release naltrexone: current evidence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1216, 144–166.

Giorgi, M. A., Boracci, R. A., Calderón, G., Manente, D., Mulassi, A. Piñeiro, D. J. & Dones, W. (2012). Encuesta sobre el uso de Guías de Práctica Clínica en

cardiólogos de Latinoamérica. *Revista Argentina de Cardiología*, 80 (2), 108-13.

Godley, S. H., White, W. L., Diamond, G., Passetti, L., & Titus, J. C. (2001). Therapist reactions to manual-guided therapies for the treatment of adolescent marijuana users. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(4), 405–417.

Gotham, H. J. (2004). Diffusion of Mental Health and Substance Abuse Treatments: Development, Dissemination, and Implementation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 2, 160-176

Grant, J., Cottrell, R., Fawcett, G., & Cluzeau, F. (2000). Evaluating "payback" on biomedical research - Biomedical funding decisions should be audited - Reply. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 321(7260), 566-566.

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbanck Quartely*, 82 (4), 581-629.

Grimshaw, J. M., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., et al. (2001). Changing provider behavior: An overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, 39 (2), 112–1145.

Grissom, G. (2000). The advent of outcomes management and the culture of measurement. In K. M. Coughlin, & T. Trabin (Eds.), *Behavioral Outcomes and Guidelines Sourcebook* (pp. 156–160). New York: Faulkner & Gray.

Guimón, J. (2004). *Eficacia de las psicoterapias en salud mental*. Bilbao. Desclée de Brouwer.

Harris, R., Helfand, M., Woolf, S., Lohr, K., Mulrow, C., Teutsh, S., Atkins, D. for the Methods Work Group, Third U.S. Preventive Services Task Force. (2001). Current Methods of the U.S. Preventive Services Task Force. A Review of the Process. *American Journal of Preventive Medicine*, 20 (3S), 21-35.

Hickey, P. (1998). DSM and behavior therapy. *Behaviour Therapist*, 21, 43-46.

Higgins, S.T., Sigmon, S.C., Wong, C.J., Heil, S.H., Badger, G.J., Donham, R., Dantona, R.L., & Anthony, S. (2003). Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 60 (10), 1043– 1052.

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud [-I+CS] (2007). *Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Grupo de trabajo sobre GPC. Guías de Práctica Clínica en el SNS: 01. Recuperado en: <http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/documentos/Manual%20metodologico%20-%20Elaboracion%20GPC%20en%20el%20SNS.pdf>

Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (2014). Consultado el día 5 de mayo de 2015 en: <http://om.bajacalifornia.gob.mx/sasip/frmDescargaDocumento.aspx?id=1297>

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (2015). Consultado el día 5 de mayo de 2015 en: <http://ipebc.gob.mx/programa-forma/>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. México, DF: INPRFM. Recuperado en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA\\_2011\\_DROGAS\\_ILICITAS\\_.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf)

Jette, D. U, Bacon, K., Batty, C., et al. (2003). Evidence based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists. *Physical Therapy*; 83, 786– 805.

Kendall, P. C. & Southam-Gerow, M. (1995). Issues in the Transportability of Treatment: The Case of Anxiety Disorders in Youths. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (5), 702-08.

Kort, F. (2006). *Psicoterapia conductual y cognitiva* (2a ed.) Venezuela: CEC.

Lamb, S., Greenlick, M. & McCarty, D. (1998). *Bridging the Gap Between Practice and Research: Forging Partnerships with Community-based Drug and Alcohol Treatment*. Washington, D.C: National Academy Press.

Lira, M. J. (2009). *Programa de intervención breve motivacional para fumadores y terapias de sustitución con nicotina: resultados de un ensayo clínico aleatorio controlado* (Tesis de doctorado). Facultad de psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

Lira, M. J., Cuevas, E. & Reidl L. M. (2007). *Resultados de la aplicación de un programa de intervención breve motivacional para dejar de fumar*. En: Echeverría, L. Carrascoza, C. Reidl, L. Prevención y tratamiento de conductas adictivas. 113-122 Facultad de Psicología. UNAM, México.

Lira, J., González, F., Carrascoza, A., Ayala, H. & Cruz, S. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud Mental*, 32, 35-41.

Lira, J., González, F., Medina N. V. & Cruz, M. S., Vega, C. (2009). Análisis psicométrico del inventario situacional para consumidores de tabaco. *Revista Diversitas- Perspectivas En Psicología*, 5, 65-76.

Levinson, D., Schaefer, M., Sylvester, R., Meland, A., & Haugen, B. (1982). Information dissemination and overload in the alcoholism treatment field. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 570 – 575.

Macías-Chapula, César A. (2012). Diseño de un modelo conceptual sobre la transferencia de resultados de investigación en salud pública en Honduras. *Salud Pública de México*, 54(6), 624-631. Recuperado en 13 de abril de 2015, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342012000600011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000600011&lng=es&tlng=es).

Manterola, C. & Zavando, D. (2009). Cómo interpretar los “Niveles de Evidencia” en los diferentes escenarios clínicos. *Revista Chilena de Cirugía*, 61, 582-95.

Marinelli-Casey, P., Domier, P. & Rawson, A. (2002). The gap between research and practice in substance abuse treatment. *Psychiatric Services*, 53 (8), 984–987.

Martin, G. W., Herie, M. A., Turner, B. J., & Cunningham, J. A. (1998). A social marketing model for disseminating research-based treatments to addictions treatment providers. *Addiction*, 93, 1703 – 1715.

Martínez-Taboas, A. (2014). Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: beneficios y retos para Latinoamérica. *Revista Costarricense de Psicología*. 33, (2), 63-78.

Martínez, M. K. (2003). *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas* (Tesis de Doctorado). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

Martínez K. I., Carrascoza, C., & Ayala, H. (2003). Una estrategia de disseminación en la psicología: los talleres interactivos. *Salud Pública de México*, 45 (1), 5-12.

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 (6), 505-512.

Martínez, K.I., Pedroza, F.J., Vacio, M.A., Jiménez, A. L., & Salazar, M.L. (2008). Consejo Breve para Adolescentes Escolares que Abusan del Alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34, 247-264.

Martínez, M.K.I., Salazar, G.M.L., & Legaspi, E. (2008). *Consejo Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas. Guía para el Orientador*. México, D.F., Consejo Nacional contra las Adicciones.

Martínez, K., Salazar, M., Ruiz, G., Barrientos, V., & Ayala, H. (2005; 2009; 2012). *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.

Massatti, R. R., Sweeney, H. A., Panzano, P. C. & Roth, D. (2008). *The De-adoption of Innovative Mental Health Practices (IMHP): Why Organizations Choose Not to Sustain an IMHP*, Administration, Policy and Mental Health; 35: 50–65.

Mayer, J. P., & Davidson, W. S. (2000). *Dissemination of Innovation as Social Change. Handbook of Community Psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

McEwan Dysart, A. & Tomlin, G.S. (2002). Factor related to evidence-based practice among U.S. occupational therapy clinicians. *The American Journal of Occupational Therapy*, 56, 275-284.

McHugo, G.J., Drake, R. E., Teague, G. B. & Xie, H. (1999). Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study. *Psychiatric Services*, 50 (6), 818-24.

McIntosh, L. (2011). Transferencia de Tecnología: 3da Parte – Retos de la vida Real. *Northwest Frontier ATTC*, 14, 1-4.

Miller, W. R. (1987). Behavioral alcohol treatment research advances. Barriers to utilization. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 9, 145 – 164.

Miller, W. R., & Brown, S. A. (1997). Why psychologists should treat alcohol and drug problems. *American Psychologist*, 52, 1269 – 72.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: preparing people for change*. (2a ed.). New York: Guilford.

Miller, W. R., Sorensen, J. L., Selzer, J. A. & Brigham, G. S. (2006) Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 25 – 39.

Miller, W.R., Yahne, C.E., & Tonigan, J.S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 4,754–763.

Moras, K. (2002). A Tool to Advance the Effectiveness and Dissemination of Empirically Supported Psychotherapies and the NIMH Public Health Research Agenda. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9: 425–430.

Morlán, I. (2010). *Modelo de Dinámica de Sistemas para la implantación de Tecnologías de la Información en la Gestión Estratégica Universitaria*. (Tesis de doctorado). Recuperada de Euskal Herriko Unibertsitatea en: <http://www.ehu.eus/i.morlan/tesis/>

Morris, Z. S., Wooding, S., & Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104 (12), 510–520.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2007). Alcohol: School-based interventions. *NICE Public health guideline (PH7)*, 1-41

National Institute for Health and Clinical Excellence (2010). Alcohol use disorders: diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications. *NICE clinical guideline*, 100, 1-32.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2010). Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking. *NICE public health guidance* 24, 1-33.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. *NICE clinical guideline*, 115, 1-48.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

National Institute for Health and Clinical Excellence (2014). Behaviour change: individual approaches. *NICE Public health guideline (PH49)*, 1-75.

National Institute for Health and Care Excellence (2015). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. *NICE guideline*, 10, 1-64.

National Institutes of Health (2001). *Principios de tratamientos para la drogadicción: una guía basada en las investigaciones*. NIH Publication. Recuperado en: <http://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podatsp.pdf>.

National Institute on Drug Abuse. (1999). Principles of Drug Addiction Treatment. (3 Ed.). NIH Publication. Recuperado de: [https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat\\_1.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf)

National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of Drug Addiction Treatment. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment>.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2005). Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide, Updated 2005 Edition. Bethesda, MD: NIAAA. Recuperado de [pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians\\_guide.htm](http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm)

Nelson, T. D., & Steele, R. G. (2007). Predictors of practitioner self-reported use of evidence-based practices: Practitioner training, clinical setting, and attitudes

toward research. *Administrative Policy in Mental Health & Mental Health Services Research*, 34(4), 319–330.

Observatorio Estatal Adicciones (2014). Encuesta de Detección de Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Estado durante el 2013. Recuperado en: <http://ipebc.gob.mx/oea2014.pdf>

Oropeza, R. (2003). *Desarrollo y Evaluación de un Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína* (Tesis de doctorado). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, .D.F.

Oropeza, R., Fukushima, E. A., & García, L.R. (2008). Descripción y Características del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína, tercera versión (TBUC-III). *Anuario de Investigación en Adicciones*, 9,1, 34-43.

Oropeza, T. R., Loyola, B.L., & Fernández, F. (2005). *Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína: Un modelo cognitivo-conductual, principios de la aplicación. Manual del terapeuta*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, CONADIC.

Pacheco, T. A. & Martínez, K. I. (2013). El arte de ser terapeuta. ¿Qué hace efectiva una intervención en el consumo de drogas? *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18 (1), 159-176.

Parran (s.f.). Las actitudes del médico. Consultado el 21 de agosto 2014 en red en: <http://www.drugabuse.gov/>

Pedroza, F. J. & Martínez, K. I. (2012). Investigación traslacional y transferencia del conocimiento en psicología. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 4 (2), 131-135.

Pérez, M., Fernández, J., Fernández, C. & Amigo, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Ed. Pirámide.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL7 Dow/Jones Irwin.

Ramírez-Vélez, R., Correa-Bautista, J. E., Muñoz-Rodríguez, D. I., Ramírez, L., González-Ruíz, K., Domínguez-Sánchez, M. A., Durán-Palomino, D., Girabent-Farrés, M., Flórez-López, M. E. & Bagur-Calafat, M. C. (2015). Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and skills among Colombian physical therapists. *Colombia Médica*, 46(1), 33-40.

Rawson, R., Shoptaw, S. J., Obert, J. L., McCann, M. J., Hasson, A. L., Marinelli-Casey, P. J., Brethen, P. R., & Ling, W. (1995). An intensive outpatient approach for cocaine abuse: The Matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(2), 117–127.

Rawson, R.A., Huber, A.; McCann, M., Shoptaw, S., Farabee, D., Reiber, C., & Ling, W. (2002). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, 9,817–824.

Reyes, M. (2012). Integridad del tratamiento de un programa validado empíricamente en terapeutas que laboran en escenarios clínicos. (Tesis de maestría). Centro de Ciencias Sociales y Humanidades Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Ribes, E. (2005). Reflexiones sobre la eficacia profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 2-14.

Riley, K. J., Rieckmann, T., & McCarty, D. (2008). Implementation of MET/CBT 5 for adolescents. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 35 (3), 304–314.

Rodríguez, E.M., Fuentes, P., Ramos Lira, L., Gutiérrez R., Ruiz, E. (2014). Violencia en el entorno laboral del trabajo sexual y consumo de sustancias en mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 37 (4), 355-360.

Rogers, E. M. (1995). Diffusion of drug abuse prevention programs: Spontaneous diffusion, agenda setting, and reinvention. En T. E. Backer, S. L. David, & G. Soucy (Eds.), *Reviewing the behavioral science knowledge base on technology transfer*, 155, 90 – 105. Rockville, MD7 National Institute on Drug Abuse.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations*. Free Press, New York, N Y.

Rollnick, S., Kinnersley, P. & Butler, C. (2002). Context-bound communication skills training: Development of a new method. *Medical Education*, 36, 377-83.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Roussos, A. (2001). *La inferencia clínica y la elaboración de hipótesis de trabajo de los psicoterapeutas: Estudio empírico mediante el uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos*. Tesis de Doctorado. Universidad de Belgrano, Argentina.

Rotaeché, R., Etxeberria, A., Gracia, J., Parada, A. (2007). Búsqueda y selección de la evidencia científica. Elaboración de Guías de Prácticas Clínicas en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico. Madrid: Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; p. 32-37.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., & Gray, J. A. M., Haynes, R. B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.

Salbach, N. M., Jaglal, S. B., Korner-Bitensky, N., Rappolt, S. & Davis, D. (2007). Practitioner and organizational barriers to Evidence-Based Practice of Physical Therapist for people with stroke. *Physical Therapy Journal*, 87, 10, 1284-99.

Salgado, J. F. (2005). Personalidad y deseabilidad social en contextos organizacionales: implicaciones para la práctica de la psicología del trabajo y las organizaciones. *Papeles de Psicólogos*, 26, 115-128.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Sánchez-Hervás, E. (2004). Tratamientos psicológicos en adicciones: eficacia, limitaciones y propuestas para mejorar su implantación. *Papeles del Psicólogo*, 87, 34-44.
- Sánchez-Hervás, E. & Tomás, V. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Trastornos Adictivos*, 3(1), 21-27.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965–974.
- Schlosser, R.W. (2003). *The Efficacy of Augmentative and Alternative Communication: Toward Evidence-based Practice*. San Diego, CA: Academic Press.
- Schlosser, R.W. (2006). The role of systematic reviews in evidence-based practice, Research and development. *Technical Brief*, 15, 1-4.
- Schmidt, F. & Taylor, T. K. (2002). Putting empirically supported treatments into practice: Lessons learned in children's mental health center. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 5, 483-489.
- Sheehan, A. K., Walrath, C. M., & Holden, E. W. (2007). Evidence-based practice use, training and implementation in the community-based service setting: A survey of children's mental health service providers. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 169–182.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Simpson, D. D., & Flynn, P. (2007). Moving innovations into treatment: A stage-based approach to program change. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*, 111–120.

Sobell, L. C. (1996). Bridging the gap between scientists and practitioners: The challenge before us. *Behavior Therapy, 27*, 297 – 320.

Sobell, M.B., & Sobell, L.C. (1999). *Stepped care for alcohol problems: An efficient method for planning and delivering clinical services*. En: J.A. Tucker y G.A. Marlatt. *Changing addictive behaviors: Bridging clinical and public health strategies*, 331-343. New York Guilford Press.

Sobell, M.B., & Sobell, L. C. (2005). Guided Self-Change Model of Treatment for Substance Use Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 199-210*.

Sobell, M.B., & Sobell, L.C. (2011). It is time for low-risk drinking goals to come out of the closet. *Addiction, 106*, 1715-1717.

Sorensen, J. L., Hall, S. M., Loeb, P., & Allen, T. (1988). Dissemination of a job seekers' workshop to drug treatment programs. *Behavior Therapy, 19*, 143 – 155.

Sorensen, J. L., & Midkiff, E. E. (2002). Bridging the gap between research and drug abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 32*, 379 – 382.

Squires, D. D. (2004). The research to treatment gap: Disseminating effective methods into practice. *Brown University Digest of Addiction Theory and Application*, 23, 8.

Squires, D. D., Gumbley, S. J. & Storti, S. A. (2007). Training substance abuse treatment organizations to adopt evidence-based practices: The Addiction Technology Transfer Center of New England Science to Service Laboratory. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 293 – 301.

Sterman, J. D. (2000). *Business Dynamics: Systems thinking and modeling for a complex world*. Boston: McGraw Hill.

Stewart, R., & Chambless, D. (2007). Does Psychotherapy Research Inform Treatment Decisions in Private Practice. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 3, 261-287.

Stirman, S. W., Crits-Christoph, P. & DeRubeis, R. J. (2004). Achieving successful dissemination of empirically supported psychotherapies: A synthesis of dissemination theory. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 343–359.

Stotts, A. L., Diclemente, C. C., & Dolan-Mullen, P. (2002). One to one: a motivational intervention for resistant pregnant smokers. *Addictive Behaviors*, 27 (2) 275-292.

Tiburcio, M & Natera, G. (2003). Evaluación de un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas. Un estudio piloto. *Salud Mental*, (26), 5, 33-42.

Tiburcio, M. & Natera, G. (2007). Tailoring an intervention model to help indigenous families cope with excessive drinking in central Mexico. *Salud Mental*, (30) 6.

Tenkasi, R. V., & Mohrman, S. A. (1995). Technology transfer as collaborative learning. In T. Backer, S. L. David, & G. Saucy (Eds.), *Reviewing the Behavioral Science Knowledge Base on Technology Transfer*. National Institute on Drug Abuse Monograph Series no. 155 (pp. 147–169). Rockville, MD: U.S. Government Printing Office.

The Rockefeller University Hospital Centennial (2010). *Treatment for narcotic addiction: Methadone maintenance*. Recuperado de [www.centennial.rucare.org/index.php?page=Methadone\\_Maintenance](http://www.centennial.rucare.org/index.php?page=Methadone_Maintenance).

Thomas, C. P., Wallack, S. S., Lee, S., McCarty, D., & Swift, R. (2003). Research to practice: Adoption of naltrexone in alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 1–11.

Toche-Manley, L., Grissom, G., Dietzen, L., & Sangsland, S. (2011). Translating addictions research into evidence-based practice: The Polaris CD outcomes management system. *Addictive Behaviors*, 36, 601-607.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

U.S. Department of Health and Human Services (2013). Agency for Healthcare Research and Quality. Recuperado de [https://info.ahrq.gov/app/answers/detail/a\\_id/426](https://info.ahrq.gov/app/answers/detail/a_id/426)

Vargas, C. E, Martínez, K. I., Lira, M. J. & Roberto Oropeza, T. R. (2014). Cuestionario para terapeutas especialistas en adicciones. (Instrumento de evaluación inédito). Universidad Autónoma de Aguascalientes. México.

Vargas, C. E, Martínez, K. I., Lira, M. J., Roberto Oropeza, T. R. & Tiburcio, S. M. (2014). Entrevista para terapeutas especialistas en adicciones. (Instrumento de evaluación inédito). Universidad Autónoma de Aguascalientes. México.

Vargas C. E., Martínez, M. K., Pedroza, C. F. & Morales C. S. (2012). Incursión del Programa de Intervención Breve para Adolescentes en el E-learning: resultados del piloteo. *Investigación y Ciencia*, 55, 42-47.

Véliz, M. I. (2014). Barreras del terapeuta en el uso de manuales: Transferencia del conocimiento para el tratamiento de adicciones. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Aguascalientes. México, Aguascalientes.

Vezzoni, M. & Sgró, M. (2012). *Creencias de los Profesionales de Salud Mental en la Clínica de Adicciones y el impacto en la efectividad de los tratamientos*. (Informe de Universidad de Aconcagua. Mendoza, A. R. s.n.). Recuperado en: <http://www.mvezzoni.com/2015/03/creencias-de-los-profesionales-de-salud.html>

Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., Blachman, M., Dunville, R., & Saul, J. (2008). Bridging the Gap Between Prevention Research and Practice: The Interactive Systems Framework for Dissemination and Implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*, 171-181.

Weightman, A., Ellis, S., Cullum, A., Sander, L., & Turley, R. (2005). *Grading evidence and recommendations for public health interventions: Developing and piloting a framework*. UK National Health Service. Health Development Agency.

Weiz, J. R., Donenberg, G. R., Han, S. S. & Weiss, B. (1995) Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 63*, 688-70.

Westfall, J. M., Mold, J., & Fagnan, L. (2007). Practice-based research "Blue Highways" on the NIH Roadmap. *Journal of the American Medical Association, 297* (4), pp. 403-406.

Ybarra, J. L., Orozco L. A., Valencia, A. I. (2015). *Intervenciones con apoyo empírico: Herramientas fundamentales para el psicólogo clínico y de la salud*. México, D.F.: Manual Moderno.

Woo, S., Hepner, K., Gilbert, E., Osilla, K., Hunter, S., Muñoz, R. & Watkins, K. (2013). Training Addiction Counselors to Implement an Evidence-Based

Intervention: Strategies for Increasing Organizational and Provider Acceptance. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20 (2013) 232-244.



## MÉTODO

### Diseño

El estudio tiene un diseño descriptivo; se buscó especificar los factores en un tiempo breve relacionados a los conocimientos, habilidades de búsqueda, autoeficacia y actitudes que poseen los profesionales de la salud que laboran en las UNEME-CAPA del estado de Baja California para el uso de los TBE (Manterola & Otzen, 2014). Además es un estudio transversal porque la medición de las variables se hizo en un solo momento en particular (Kazdin, 2001).

La investigación se dividió en dos fases: 1) construcción y validación de los instrumentos; y 2) recolección de datos.

### Fase 1. Construcción y validación de instrumentos

#### Participantes

En la validación de la guía de entrevista participaron tres expertos en el área de tratamientos en adicciones y en la elaboración de instrumentos. Dichos expertos coincidieron en la pertinencia de las situaciones planteadas, en la extensión y en la claridad de la redacción. El trabajo de validación de la entrevista se realizó en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, durante una estancia de investigación.

La validación del cuestionario se realizó por siete terapeutas del área de adicciones que participaran como jueces expertos. Es importante mencionar que

de estos, cinco son egresados del Programa de Maestría en Psicología de las Adicciones de la Facultad de Psicología de la UNAM, y tres tienen el grado de licenciatura y han sido capacitadores en programas de intervención breve en el Centro de Prevención en Adicciones Héctor Ayala Velázquez de la Facultad de Psicología de la UNAM.

En cuanto a la ocupación laboral de los jueces, cinco se encuentran en centros gubernamentales de atención a las adicciones: uno como coordinador y cuatro como psicólogos clínicos; los dos restantes dijeron ser profesores universitarios del programa de la maestría antes mencionada, quienes han capacitado a estudiantes en tratamientos de intervención breve.

### **Instrumentos**

La guía de entrevista se compone de 12 reactivos presentados en forma de pregunta. Los temas abordados se relacionan con las actividades diarias de un terapeuta en el ámbito de las adicciones (ver Anexo B).

El cuestionario consta de 38 reactivos que se dividen en seis secciones: datos generales, formación académica de los terapeutas, conocimientos sobre los TBE, actitudes, contexto organizacional y autoeficacia.

La primera parte explora información general como edad, género, nombre de la UNEME-CAPA, puesto que desempeña, ciudad y entidad federativa de su centro de trabajo. Además cinco reactivos se refieren al tiempo de experiencia como psicólogo y específicamente en el área de adicciones, al último grado académico,

la corriente psicológica en la que fundamenta sus procedimientos y la cantidad y tipo de cursos de capacitación que ha estudiado en el último año y los lugares donde los ha tomado.

La segunda parte del cuestionario presenta reactivos de respuestas cualitativas, que describen los hábitos de los terapeutas acerca de la lectura de artículos científicos durante su formación académica y su ejercicio profesional. Además explora el interés del terapeuta por buscar tratamientos en la literatura para las conductas adictivas y los lugares que suele consultar.

En las últimas cuatro secciones del cuestionario se incluyeron 26 reactivos para explorar los conocimientos, el contexto organizacional, las actitudes y la autoeficacia. Las opciones de respuesta son Tipo Likert de cinco puntos, que van de Totalmente en desacuerdo a Totalmente de acuerdo, excepto para la variable autoeficacia que se evaluó con la escala del 0 al 100.

### **Procedimiento**

Para el jueceo, el contacto con los participantes fue a través de correo electrónico enviándoles la invitación formal a colaborar en el estudio, el objetivo de la investigación y las instrucciones sobre lo que debían evaluar (ver Anexo C).

El tipo de respuesta fue dicotómico, es decir, se les pedía a los jueces que señalaran si les parecía clara o no la redacción de cada reactivo e instrucciones de las diferentes secciones. Además se les solicitaba que aportaran comentarios y sugerencias para mejorar el cuestionario y que clasificaran los reactivos de las últimas cuatro secciones de acuerdo a las categorías propuestas (ver Tabla 7).

Tabla 7. Se muestran las definiciones operaciones de las categorías del CUTEA, las cuales aparecían en el formato que se entregó a cada juez.

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
A) Conocimientos	Se refiere a los saberes que posee el terapeuta especialista en adicciones sobre la Práctica con Base en la Evidencia.
B) Actitudes	Se relaciona con la opinión de los terapeutas sobre la viabilidad de los Tratamientos con Base en la Evidencia en su centro de trabajo.
C) Contexto organizacional	Se refiere a las facilidades que ofrece la institución de trabajo para desarrollar el trabajo del terapeuta.
D) Autoeficacia	Se define como la percepción del propio terapeuta especialista en adicciones sobre las capacidades que posee para implementar los tratamientos con base en la evidencia.

El formato del jueceo se dividió en cuatro bloques:

- a) Instrucciones generales
- b) Formación académica y experiencia profesional de los terapeutas
- c) Conocimientos, actitudes hacia a los TBE, y las facilidades de la organización
- d) Autoeficacia de los terapeutas para implementar TBE.

Para facilitar la clasificación de los reactivos de acuerdo a una de las categorías, se brindó la definición operacional de cada una de ellas (ver Tabla 7).

## **Fase 2. Recolección de datos**

### **Participantes.**

El estudio se llevó a cabo con 102 psicólogos que laboraban en las 17 UNEME-CAPA pertenecientes al IPEBC, lo que representa el 96% de los trabajadores del área de Psicología de esta institución (ver Anexo D). 76 fueron mujeres y 26 hombres, con una edad promedio de 34 años (DE 5.18), en el rango de 25 a 53 años.

### **Instrumentos.**

- a) Entrevista Semi-estructurada para Terapeutas que Laboran en el Área de Adicciones [ETEA] (Vargas, Martínez, Lira, Oropeza & Tiburcio, 2014). Se compone de 12 preguntas guía las cuales fueron evaluadas a través de jueces.
- b) Cuestionario para Terapeutas Especialistas en Adicciones [CUTEA] (Vargas, Martínez, Lira & Oropeza, 2014) (ver Anexo E). Está compuesto por 38 reactivos que se dividen en seis secciones: datos generales, formación académica de los terapeutas, conocimientos sobre los TBE, actitudes, contexto organizacional y autoeficacia

### **Procedimiento.**

#### **a) Gestión con las autoridades**

El primer paso para la gestión se realizó con el director de las UNEME-CAPA en el municipio de Ensenada, pues al inicio de la presente investigación se consideró trabajar únicamente con este grupo de terapeutas. Al director se le contactó a

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

través de llamadas telefónicas para lograr una entrevista. Después de que dicho funcionario evaluó el alcance del estudio, se prosiguió con los trabajos de gestión, ahora con el director general del IPEBC.

Para lograr la autorización del director general, se realizó contacto vía telefónica en la cual se solicitó una entrevista. Después de explicarle los objetivos y procedimientos de la investigación, el funcionario consideró que la autorización también tendría que gestionarse con el director general de CENADIC y con el Comité de Ética del IPBEC.

Dado lo anterior, se contactó al director general de CENADIC con sede en la Ciudad de México, y a la presidenta del Comité de Ética quien radica en el municipio de Mexicali. La comunicación con estas autoridades se realizó vía telefónica y a través del correo electrónico. Una vez que ellos evaluaron el proyecto, emitieron la autorización por escrito.

Toda la labor de gestión requirió de ocho meses para iniciar con la recopilación de datos de los terapeutas.

Es importante mencionar que una vez obtenidos los permisos del director general del IPEBC, del director general de CENADIC y del Comité de Ética, también fue necesario hacer labor de gestión con cada director de los CAPA de los cinco municipios. Para lograr el contacto con ellos, también se realizaron llamadas telefónicas y correos electrónicos, además de una entrevista con cada uno para informar de la aprobación obtenida por las autoridades y para coordinar las actividades en sus municipios.

**b) Equipo de trabajo.**

Para la aplicación de los instrumentos se contó con tres entrevistadoras, dos de ellas con licenciatura en psicología y una con maestría en la misma área. El promedio de edad fue de 30 años.

Para que se unificaran los criterios al momento de abordar a los participantes, se realizó un curso de capacitación (ver Anexo F) de cuatro horas donde se abordaron temas como:

- a) materiales de trabajo
- b) importancia del rapport
- c) presentación del entrevistador
- d) evitar la confrontación y el juicio
- d) motivación del participante
- e) la confidencialidad de la información
- f) cierre de la entrevista

Las entrevistas con los terapeutas de las UNEME-CAPA, se realizaron de forma individual. Se utilizó un formato de consentimiento informado (ver Anexo G), el cual fue firmado por el participante y el entrevistador.

Primero se utilizó la Entrevista Semi-estructurada la cual requirió de un tiempo de 40 a 50 minutos. Al finalizar se solicitaba que respondieran el CUTEA.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Para describir las variables conocimientos sobre los TBE y habilidades de los terapeutas para las búsquedas de información, se consideraron los resultados de la Entrevista Semi-estructurada, los cuales fueron analizados de forma cuantitativa a través de categorías y de análisis de frecuencias.

### **Consideraciones éticas**

El valor de este estudio radica en la identificación de los factores que intervienen en la TT, relacionados con los profesionales de la salud de las UNEME-CAPA del estado de Baja California, lo cual ayudará a encontrar áreas de oportunidad para el uso y fortalecimiento de los TBE con las personas que acuden a estos centros.

Es por ello que se tomaron en cuenta diversas consideraciones éticas en respeto a la confianza de los participantes hacia el equipo de investigadores, así como para prevenir que su dignidad y bienestar fueran vulnerados por el uso inadecuado de la información que proporcionarían.

Por lo tanto, considerando que el tiempo facilitado por los participantes fuera bien aprovechado de tal modo que se obtuviera toda la información posible en una sola ocasión, se utilizaron instrumentos validados a partir de análisis estadísticos y de jueces expertos, además se cuidó que el equipo de trabajo recibiera capacitación en los aspectos teóricos y procedimentales de la investigación, y se supervisaron para vigilar el cumplimiento de las indicaciones.

En cuanto a la selección de los terapeutas a entrevistar, se cuidó que fuera equitativa y justa, de manera que careciera de sesgo debido a prejuicios o

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

discriminación de algún tipo, por lo que en el estudio se incluyó a todos los terapeutas de los UNEME-CAPA del estado.

Asimismo, se informó a los participantes el propósito y alcance de la investigación, firmaron un consentimiento informado donde se indicaba que se respetaba su privacidad, el anonimato de sus datos, la confidencialidad de la información obtenida y que tenían la libertad de participar o de abandonar la investigación en el momento en el que lo desearan.

Al respecto se tomaron precauciones para que los cubículos donde se hicieron las entrevistas contara con privacidad para que la información no fuera escuchada por personas ajenas al estudio. Por último, se acordó con las autoridades que no se les compartiría la información dada por los terapeutas y se aseguró que su participación no tendría repercusión en su productividad ni en su seguridad laboral.

**RESULTADOS**

**Fase 1. Construcción y validación de los instrumentos**

Para analizar los reactivos con escala tipo likert del CUTEA, se formaron baremos de tres niveles (alto, medio y bajo), considerando el número total de reactivos de cada categoría (Autoeficacia, Actitudes y Contexto) y el valor de sus respuestas (ver Tabla 8).

Tabla 8. Se muestran los Baremos de las categorías Autoeficacia, Actitudes y Contexto.

Categoría	Puntuaciones		
	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto
Autoeficacia	0 - 166	167 - 333	334 - 500
Actitudes	12 - 27	28 - 43	44 - 59
Contexto	13 - 30	31 - 48	49 - 66

Es importante mencionar que como resultado del jueceo se logró un porcentaje de acuerdo global del 93.26% (ver Tabla 9). Además se encontró un nivel de consistencia interna de  $\alpha=0.84$ .

Tabla 9. Porcentajes de acuerdo entre jueces de acuerdo a las dimensiones.

<b>Categoría</b>	<b>% de acuerdo</b>
<b>Conocimientos</b>	100
<b>Actitudes</b>	84.28
<b>Infraestructura</b>	92.85
<b>Autoeficacia</b>	95.91

## **Fase 2. Recolección de datos**

Para conocer las características del terapeuta y su relación con la información sobre tratamientos en el área de adicciones se utilizó el CUTEA. Además se utilizó la entrevista, para realizar una exploración a profundidad de los conocimientos sobre TBE y habilidades en la búsqueda de información.

### **Resultados del cuestionario**

#### **Características de los participantes**

A través de análisis descriptivos de la primera y segunda sección del CUTEA (Datos Generales y Formación Académica del Terapeuta), se obtuvieron datos que permitieron tener un primer acercamiento a las características de los participantes tales como género, edad, ciudad donde laboran, corriente psicológica y escolaridad como se muestra en la Tabla 10.

Tabla 10. Características generales y clínicas de los participantes

	n	%
<b>Género</b>		
Femenino	76	74.51
Masculino	26	25.49
<b>Edad</b>		
25-35	67	65.69
36-45	28	27.45
46-55	4	6.86
<b>Ciudad</b>		
Ensenada	27	26.47
Mexicali	35	34.31
Playas de Rosarito	7	6.86
Tecate	4	3.92
Tijuana	29	28.43
<b>Corriente Psicológica</b>		
TCC	100	
Cognitivo	10	
Conductual	8	
Gestalt	7	
Familiar Sistémico	6	
Ecléctico	4	
Otro	2	
Psicoanálisis	1	
<b>Escolaridad</b>		
Licenciatura	60	58.82
Posgrado	42	41.18
Promoción de la salud y prevención del comportamiento adictivo	5	
Gestalt	5	
Terapia familiar y de pareja	6	
Terapia Cognitivo-Conductual	4	
Otro	22	



### **Características del trabajo clínico**

Los participantes reportaron áreas de especialización que no se relacionan con adicciones ni con el enfoque Cognitivo-Conductual (ver Tabla 10), sin embargo, señalaron fundamentar su trabajo en ese enfoque (100 terapeutas); asimismo se podrá observar que hay terapeutas que hacen uso de más de un enfoque psicológico (ver Tabla 10).

En relación a la escolaridad, la licenciatura es el grado académico que predomina entre los terapeutas. De los que indicaron contar con posgrado, llama la atención que solo cinco obtuvieron la especialidad en Promoción de la Salud y Prevención del Comportamiento Adictivo, la cual se ofreció por parte de la UNAM en modalidad a distancia, para capacitar a los terapeutas de esta institución en los modelos de intervención que fueron publicados por CENADIC.

También se exploró el tiempo que llevan trabajando como terapeutas clínicos así como el que tienen en el área de adicciones. Se observó que el 58.8% de los participantes tiene entre 6 y 10 años laborando en el ámbito de las adicciones; cabe mencionar que en cuanto a los que trabajan como psicólogos clínicos en el mismo rango, el porcentaje es muy similar (ver Tabla 11).

Tabla 11. Tiempo de experiencia como psicólogo clínico y como terapeuta en el área de adicciones

Tiempo	Psicólogo clínico		Área de adicciones	
	n	%	n	%
Menos de 1 año	1	0.98	3	2.94
Entre 1 y 5 años	25	24.51	34	33.33
Entre 6 y 10 años	61	59.80	60	58.82
Entre 11 y 15 años	14	13.73	5	4.90
Más de 16 años	1	0.98	0	-
Total	102	100	102	100

En relación a los cursos de capacitación, se obtuvo que los terapeutas participan más cuando es de forma presencial en comparación con otras modalidades (ver Figura 6). Respecto a las temáticas de estas capacitaciones, solo 24 (23.8%) mencionaron tópicos relacionados a tratamientos de adicciones, mientras que el resto señaló temas de otras áreas.

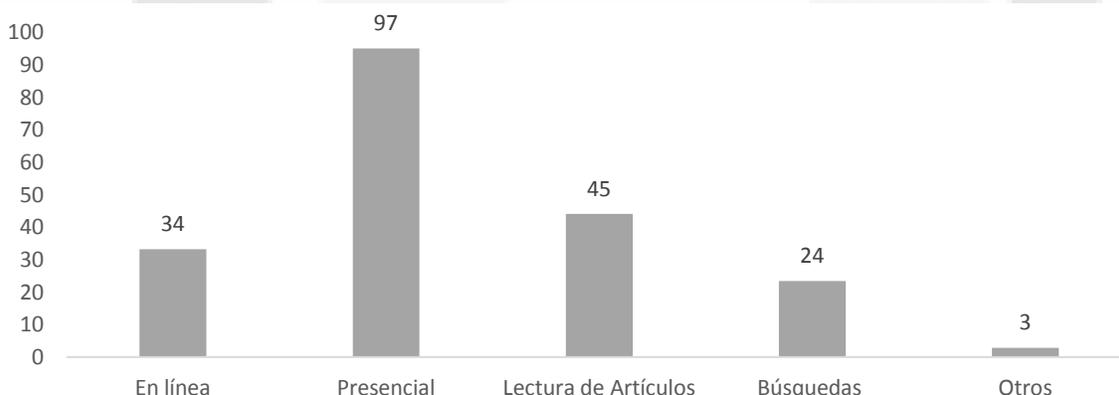


Figura 6. Muestra las preferencias de capacitación de los terapeutas adscritos a los Centros “CAPA” en Baja California.

Por otro lado, se abordó el tema de las reuniones científicas (congresos, simposios, mesas redondas, etc.), explorando si han asistido en el último año a este tipo de actividades; de los 23 participantes que respondieron afirmativamente, 18 reportaron que solo asistieron al Encuentro Estatal Anual de Psicólogos organizado por el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC). Adicionalmente se indagó si han presentado trabajos de investigación en el último año; los 102 terapeutas respondieron negativamente, lo cual hace ver que no se difunde en estos espacios lo que está funcionando o no, en su práctica diaria.

Con respecto a la lectura de artículos científicos, se observó una interacción más frecuente durante su formación académica, en comparación al tiempo que han laborado en el área de adicciones (ver Tabla 12).

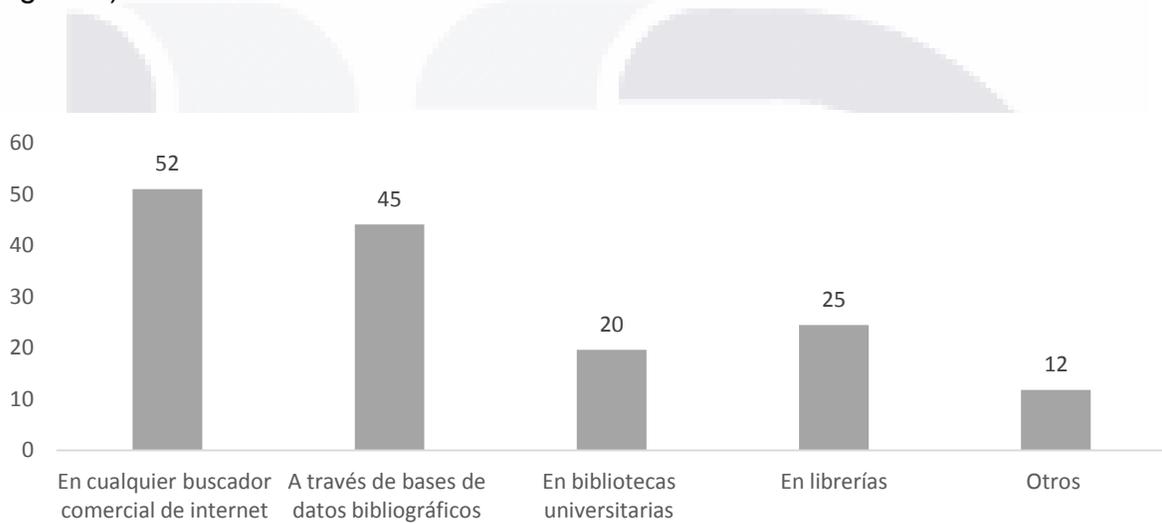
También se indagó si los terapeutas estaban suscritos a revistas de artículos científicos; encontrándose que hay más frecuencia en la interacción con revistas relacionadas con temas científicos generales en comparación con temas del área de las adicciones y de tratamientos (ver Tabla 12).

Tabla 12. Interacción de los terapeutas con artículos científicos

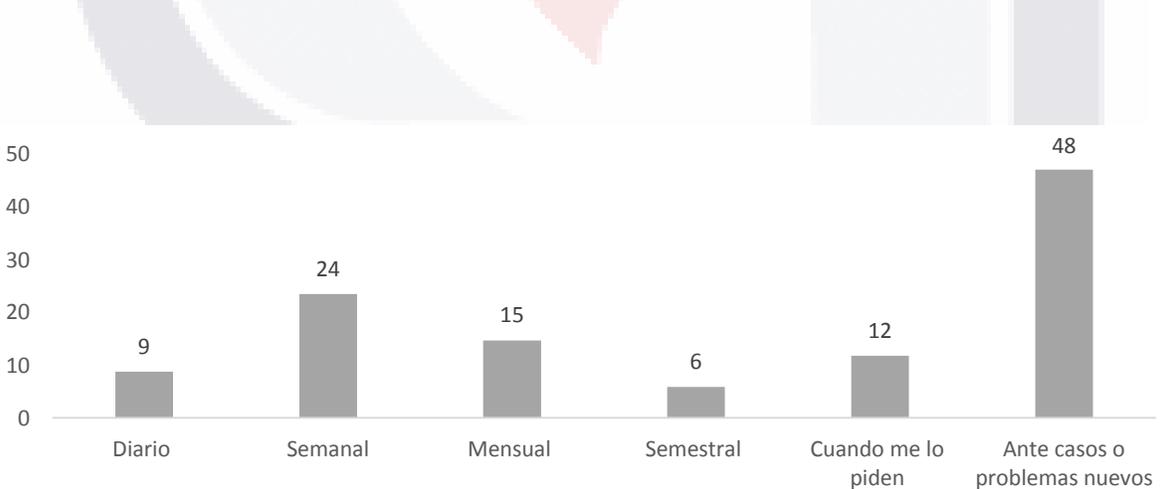
	n	%
<b>Lectura de artículos científicos durante la formación académica</b>		
Rara vez leí artículos científicos	7	6.86
A veces leía artículos científicos	32	31.37
La mayoría de las veces leía artículos científicos y posteriormente los comentaba en clase	39	38.24
Leía artículos científicos y posteriormente aplicaba los hallazgos en el área clínica	24	23.53
<b>Lectura de artículos científicos durante el tiempo que he trabajado como terapeuta en adicciones</b>		
Nunca he leído artículos científicos sobre tx en el área de las adicciones	1	0.98
Rara vez leo artículos científicos sobre tx en el área de las adicciones	6	5.88
A veces leo artículos científicos sobre tx en el área de las adicciones	45	44.12
Leo artículos científicos sobre tx en el área de las adicciones y posteriormente los comento en mi trabajo	22	21.57
Leo artículos científicos sobre tx en el área de las adicciones y posteriormente aplico sus hallazgos en el área clínica	28	27.45
<b>Suscripción a revistas arbitradas</b>		
No	81	79.41
Sí	21	20.59
Científicas	10	
En otra área de la psicología	4	
Científicas en Tx de adicciones	1	
Científicas y otra área de la psicología	1	
Científicas en Tx de adicciones y otra área de la psicología	1	
Otro	1	
No contestaron	3	

## Habilidades para la búsqueda de información

Se encontró que de los 85 participantes que refirieron sí buscar artículos, 52 utilizan cualquier buscador comercial de internet (ver Figura 7), además, 48 indicaron que buscaban información solo ante casos nuevos. Cabe mencionar que en estos dos reactivos los participantes podían escoger varias respuestas (ver Figura 8).



**Figura 7.** Búsquedas de tratamientos en adicciones por parte de los terapeutas de los CAPA en Baja California.



**Figura 8.** Frecuencias de búsquedas por parte de los terapeutas de los CAPA de Baja California.

### **Autoeficacia, actitudes y contexto laboral del terapeuta**

En la variable autoeficacia, se observó que 86 participantes se perciben en un nivel alto (ver Tabla 13), lo cual está relacionado a:

- a) Utilizar los tratamientos con base en la evidencia;
- b) Encontrar información en la red sobre este tipo de intervenciones; y
- c) Analizar la información y utilizar las técnicas en las que se capacita.

En cuestión de la variable actitud hacia los TBE, se observan puntajes que van del nivel medio a alto (ver Tabla 13), es decir, se observa una actitud positiva en los participantes hacia los TBE. En esta sección se abordó la opinión de los terapeutas en relación a:

- 1) La viabilidad de los TBE en su práctica diaria;
- 2) La importancia de la investigación para el ámbito de las adicciones;
- 3) La percepción de mejora de resultados de sus usuarios cuando se utilizan los TBE; y
- 4) La importancia de la actualización de los terapeutas que laboran en el ámbito de las adicciones.

Sin embargo, en la variable contexto laboral, 58 personas se ubicaron en el nivel medio (ver Tabla 13), es decir los terapeutas perciben que en su trabajo existen facilidades en un nivel aceptable para:

- 1) Resolver sus dudas de la práctica clínica;
- 2) Asistir a congresos científicos y para presentar trabajos de investigación;
- 3) Conseguir los insumos requeridos para utilizar TBE; e
- 4) Implementar los TBE en su trabajo diario.

Tabla 13. Nivel de Autoeficacia, actitudes y contexto que presentan los terapeutas de los CAPA de Baja California.

<b>Niveles</b>	<b>Nivel Bajo</b>	<b>Nivel Medio</b>	<b>Nivel Alto</b>
Autoeficacia	0	12	86
Actitudes	1	46	44
Contexto	8	58	28

**Factores para la adopción de TBE**

En cuanto a la búsqueda de los factores que influyen en la adopción de TBE, se realizaron una serie de análisis estadísticos para tratar de encontrar si alguna de las variables registradas a través del CUTEA podrían servir como predictoras acerca de si los terapeutas usan o no TBE. Específicamente, se llevó a cabo un análisis estadístico multivariado para establecer una función discriminante de si los terapeutas usan o no tratamientos de acuerdo con las siguientes variables:

- a) Tiempo trabajando como psicólogo clínico;
- b) Tiempo trabajando en el área de adicciones;
- c) Frecuencia con la que leían artículos científicos durante su formación académica;

- d) Frecuencia con la que leen artículos científicos durante el tiempo que han trabajado como terapeutas en el área de adicciones;
- e) El grado de conocimiento que posee el terapeuta sobre los TBE;
- f) La actitud del terapeuta sobre la viabilidad de los TBE en su centro de trabajo;
- g) La infraestructura que ofrece la institución para desarrollar el trabajo del terapeuta; y
- h) La percepción del propio terapeuta sobre las capacidades que posee para implementar los TBE.

Para identificar los factores del CUTEA que funcionan como predictores para definir qué terapeutas están más cerca de utilizar o no TBE, se usaron las variables:

- a) tiempo trabajando como terapeuta en el área de adicciones;
- b) frecuencia de artículos leídos durante la formación profesional;
- c) frecuencia de artículos leídos durante su experiencia como terapeuta en el área.

Para ello se emplearon los valores proporcionados por los participantes a las preguntas:

II.1 Tiempo trabajando como psicólogo clínico;

III.1 Durante mi formación académica leí artículos científicos; y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

III.2 Durante el tiempo que he trabajado como terapeuta en el área de adicciones leo artículos.

Para las variables conocimiento, actitudes e infraestructura para el uso de TBE se usaron los puntajes obtenidos a partir de un análisis factorial llevado a cabo sobre las 27 preguntas incluidas en la sección IV del CUTEA.

Este análisis factorial se realizó para cumplir con dos propósitos, uno de ellos fue la reducción de variables para poder incluir en el análisis discriminante sólo unas cuantas variables en lugar de las 27 preguntas de esta sección del CUTEA, y el otro fue la de comparar la estructura factorial subyacente a los datos obtenidos en este estudio con la estructura tri-factorial obtenida en la validación original del CUTEA; es decir, Conocimiento, Actitudes e Infraestructura.

Se llevó a cabo un análisis factorial por medio del método de componentes principales y se encontró que una estructura correspondiente con los tres factores planteados explicó el 53% de la varianza en los datos. Asimismo, se encontró un nivel de consistencia interna para este bloque del CUTEA de  $\alpha=0.89$ .

Para incluir la percepción de autoeficacia en el análisis discriminante, se llevó a cabo una reducción de datos a través de un análisis de componentes principales para transformar las últimas cinco preguntas del CUTEA en un nuevo indicador del grado de autoeficacia. Al respecto se encontró que un componente con un eigen-valor de 3.175 explicó el 63.52% de la varianza en los datos. Entonces es posible asumir que con este nuevo componente se puede hacer una

representación univariada de las cinco preguntas originales sobre la variable autoeficacia.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis discriminante paso por paso (stepwise) en el que se incluyeron originalmente ocho variables predictoras y una de agrupación, los valores correspondientes a las preguntas II.2 (*Tiempo trabajando en el área de adicciones*), III.1 (*Durante mi formación académica*), y III.2 (*Durante el tiempo que he trabajado como terapeuta en adicciones*), los puntajes factoriales obtenidos para las variables Conocimiento, Actitudes e Infraestructura y el puntaje factorial obtenido para el componente principal obtenido para la Autoeficacia.

Para la variable de agrupación se designó a los participantes como usuarios o no de TBE a partir de la información proporcionada en la entrevista. Se encontró que la mejor solución fue la que incluyó sólo dos variables, 1) la frecuencia con la que los participantes han leído artículos científicos durante su experiencia como terapeutas en el área de adicciones, y 2) los puntajes factoriales obtenidos en el Factor 3: a) Considero que es fundamental que se utilicen solo programas que han comprobado resultados exitosos; b) Los terapeutas especialistas en adicciones deben guiar su trabajo con los programas o tratamientos que han sido comprobados científicamente; c) Los terapeutas especialistas en adicciones deben mantenerse actualizados en los programas o tratamientos que han sido comprobados científicamente; d) Los programas o tratamientos que utilizo para trabajar con los usuarios son congruentes con mi enfoque psicológico preferido.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Estas dos variables (la frecuencia con la que los participantes han leído artículos científicos durante su experiencia como terapeutas en el área de adicciones y el Factor 3), incluidas en la función discriminante explicaron el 68.55% de la varianza en los datos de acuerdo con la clasificación de si usan o no TBE.

Un valor obtenido para la Lambda de Wilks de 0.315 ( $X^2(2)=98.222$ ,  $p<0.05$ ) mostró que ambas variables difirieron de manera significativa entre los terapeutas que usan tratamientos con base en la evidencia y los que no. Los coeficientes para las dos variables incluidas en la función discriminante fueron, 5.747 y 0.87, respectivamente.

De acuerdo con los valores encontrados para los centroides para la frecuencia de artículos científicos leídos durante su experiencia como terapeutas en adicciones y para el Factor 3 (2.315 y -0.919, respectivamente), el valor que establece el umbral para discriminar a los participantes que TBE respecto a los que no las usan es de 0.698. Es decir, de acuerdo con los puntajes discriminantes obtenidos para cada participante dada la función discriminante encontrada para los presentes datos, aquellos con un puntaje discriminante mayor a 0.698, serían clasificados como terapeutas que usan TBE, y aquellos con un puntaje discriminante menor, serían clasificados como terapeutas que no usan TBE. Esta regla de clasificación mostró una efectividad del 98.9 % de los casos y del 97.8 % a través del método de validación cruzada.

## Resultados de la Entrevista

### Conocimientos sobre TBE

Relativo al concepto de TBE, se les preguntó a los participantes si lo conocían; a pesar de que el 54.65% identificaron el concepto, de éste, solo el 37.25% logró enunciar una adecuada definición cuando se les pidió explicarlo.

Adicionalmente, al preguntar sobre los tratamientos que CENADIC ha publicado, 94.12% de los terapeutas reportaron sí conocerlos; sin embargo, de estos, ninguno reportó utilizarlos frecuentemente, mientras que solo 50 refirieron haber utilizado uno de estos programas en alguna ocasión.

También, para explorar la variable conocimientos sobre TBE, durante la entrevista se expusieron dos casos hipotéticos, en los cuales el terapeuta podía responder ampliamente.

En el primero de los casos se preguntó lo siguiente:

“Si tu jefe te pidiera buscar un tratamiento para un adolescente que abusa de cristal (metanfetaminas) y pingas (benzodiazepinas) como el Clonazepam, ¿En dónde buscarías información?”.

Al respecto, 46.08% de los entrevistados, mencionó que buscaría directamente en los manuales de CENADIC (ver Tabla 14).

Posteriormente, se abordó el segundo caso:

"Si estuvieras navegando en Internet y encontraras un tratamiento para conductas adictivas con validez científica, pero este tratamiento no se encontrara disponible en su totalidad en la página web, ¿cómo le harías para encontrar o acceder al tratamiento completo?"

En respuesta, 29.41% de los terapeutas señaló que buscarían el contacto directo de los autores del tratamiento, mientras que 33.34% optaría por pedir a su coordinador que solicitara el tratamiento que encontró en internet (ver Tabla 14).

#### **Criterios para distinguir un tratamiento con evidencia científica**

En cuanto a los criterios que utilizan los profesionales de la salud para discernir entre cuáles programas o tratamientos son efectivos en la práctica, se reportaron criterios categorizados como "Conceptos sobre metodología de la investigación" y como "Dependiendo de la necesidad del usuario" (ver Tabla 14).

Cabe mencionar, que también en la entrevista, se abordó el tema de la preferencia personal que tiene el terapeuta por algún enfoque o alguna corriente psicológica; aquí 72 terapeutas refirieron sí tener una preferencia sobre un enfoque psicológico; 10 comentaron que cuando ingresaron al CAPA los capacitaron en la Terapia cognitivo-conductual. El enfoque psicológico preferido de los terapeutas fue el cognitivo-conductual (55), seguido del de Otros enfoques psicológicos como eclético, psicoanálisis, entre otros) (25) (ver Figura 9).

Tabla 14. Variables asociadas a la búsqueda de información científica

	n	%
<b>Si tu jefe te pidiera buscar un tratamiento para un adolescente que abusa de cristal y pingas (Metanfetaminas y Benzodiazepinas), ¿En dónde buscarías información?</b>		
Manuales de CENADIC	47	46.08
Referir a tratamientos ambulatorios	19	18.63
Asesor con experto	10	9.80
Compañeros de trabajo	2	1.96
Manuales CENADIC y compañeros	10	9.80
Otro	14	13.73
<b>¿Cómo le harías en internet para encontrar o acceder al manual de un tratamiento de adicciones?</b>		
Contacto con el autor del manual	30	29.41
Adapto el tratamiento incompleto con un manual de CENADIC	8	7.84
Utilizo el Manual de CENADIC	15	14.71
Comprar el manual de tratamiento por internet	15	14.71
Otro	34	33.33
<b>Criterios que utiliza para identificar las técnicas o los programas más efectivos para la práctica diaria</b>		
Universidades reconocidas	11	10.78
Corriente Cognitivo-Conductual	5	4.90
Conceptos relacionados con metodología de la investigación	46	45.10
Dependiendo de la necesidad del usuario	23	22.55
Me baso solo en los manuales establecidos	8	7.84
Otro	9	8.82

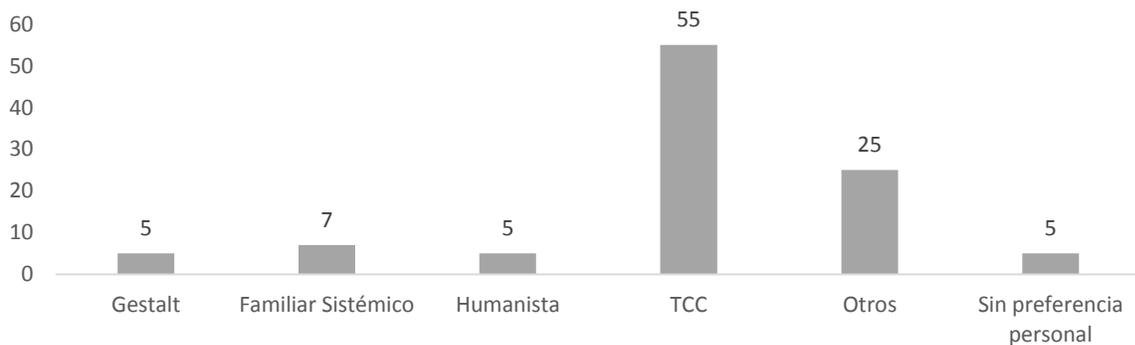


Figura 9. Enfoque psicológico de los terapeutas.

## DISCUSIÓN

### Las UNEME-CAPA de Baja California y la TT

El objetivo del presente trabajo fue identificar los factores que influyen en la TT en las UNEME-CAPA del estado de Baja California, para ello se exploraron los conocimientos, las habilidades de búsqueda de información, la percepción de autoeficacia y las actitudes de los terapeutas con respecto a los TBE; y además para cumplir el objetivo de conocer el contexto organizacional de los terapeutas, se indagó sobre la forma en la que opera esta institución en Baja California, ya que su práctica clínica está basada en los programas FORMA y Reconstrucción Personal (RP), establecidos por los directivos del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC), según lo manifestaron los participantes.

Esta es una estructura diferente a la instaurada en los otros estados del país, donde los terapeutas utilizan como principal herramienta de trabajo los tratamientos que han sido publicados por CENADIC.

No obstante, es importante mencionar que los terapeutas de Baja California fueron capacitados en la aplicación de los tratamientos que promueve CENADIC a través de talleres presenciales y también en educación a distancia.

Este fenómeno de no utilizar el conocimiento aunque hayan sido capacitados, es muy importante de atender porque representa una pérdida de los recursos económicos, materiales, humanos, así como del tiempo que se invirtió en las capacitaciones; pero sobretodo impacta directamente en los conocimientos que

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

podieran ofrecer los terapeutas a la población que acude a la institución en busca de tratamiento. Es importante aclarar que se hace mención de esta situación, porque se esperaría que por la relación de las UNEME-CAPA con CENADIC, se implementaran los tratamientos mencionados, sin embargo, los TBE pueden venir de otros organismos como el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente o de universidades nacionales y extranjeras.

La situación que se vive en las UNEME-CAPA de Baja California en cuanto a que no utilicen los programas en que fueron capacitados, coincide con lo señalado por Backer (2000); Lamb, Greenlick y McCarty (1998); Marinelli-Casey, Domier y Rawson (2002); Squires (2004); Squires, Gumbley y Storti (2007), quienes documentaron los retos que trae consigo el proceso de TT, tales como las diferencias entre los objetivos de los investigadores y las instituciones de salud, las barreras estructurales y financieras, las políticas públicas, la formación y el entrenamiento de los profesionales de la salud, y las actitudes que tienen estos últimos hacia los TBE. Por su parte, Brown y Flynn (2002), señalaron que es un imperativo disminuir las brechas que existen entre los productos generados por la investigación y las instituciones de salud. Asimismo aseguraron que la implementación de TBE es un proceso de cambio, para lo cual los proveedores de tratamientos de la comunidad necesitan ayuda para lograrlo, que por lo general toma varios años.

Asimismo, Echeberúa (1998) y Echeberúa et al. (2010), señalaron que las terapias no validadas empíricamente se utilizan con más frecuencia que los TBE y que por

consecuencia, se presenta un desfase entre lo que se sabe y lo que se hace. Por alarmante que pueda considerarse, lo que parece efectivo dista de estar disponible para la mayoría de la población.

La situación que se presenta en las UNEME-CAPA de Baja California es una muestra del desfase que existe entre la investigación y la práctica clínica en los escenarios institucionales.

### **Los profesionales de la salud y los conocimientos sobre TBE**

Con el objetivo de determinar el conocimiento que los terapeutas tenían sobre el concepto de la PBE, se procedió a categorizar las respuestas en base a dos opciones: si conocían o no conocían el concepto; además se evaluó si sus respuestas se acercaban al concepto de acuerdo a la definición de Kort (2006): las intervenciones utilizadas provienen de procedimientos sistemáticos en un contexto clínico de investigación y por lo tanto pueden replicarse en guías prácticas y manuales.

Como se observó en los resultados, el 54.65% mencionó que sí lo conocían, pero cuando se les pidió que dieran una definición, hubo diversidad en las respuestas, las cuales el 60.8% no se relacionaban con alguno de los conceptos que definen la PBE. Esto no significa que los profesionales de la salud que conozcan el término, empleen PBE, pero se puede considerar como un factor que influye en el tipo de tratamientos que buscan y los criterios que usan para implementarlos o no.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Cuando se les planteó el caso hipotético sobre la búsqueda de un tratamiento para adolescentes consumidores de metanfetaminas y benzodiazepinas, el 45.8% de los participantes refirieron que buscarían y utilizarían los manuales de CENADIC. Cabe mencionar que esta institución no dispone de algún tratamiento específico para adolescentes consumidores de dichas sustancias, esto pudiera indicar que no están familiarizados con la mayoría de los manuales de CENADIC sin embargo pudieran tomar como base los que están disponibles en su página web y también puede ser un indicador de que estarían dispuestos a utilizarlos si las autoridades de las UNEME-CAPA dieran pauta para ello.

Al respecto, se encontraron respuestas acerca del conocimiento sobre los programas que publicó CENADIC que es importante de retomar. Los participantes comentaron que la mayoría de los casos que llegan a las UNEME-CAPA del estado, son por alcohol y marihuana, y el número de personas que acuden para una intervención breve para atender el consumo de otras sustancias es muy reducido. Por tanto, consideran que los manuales no se ajustan a los distintos tipos de droga que los usuarios están consumiendo. De esta manera, se observa que aún los terapeutas en el área de tratamiento, no cuentan con las suficientes experiencias de casos de usuarios para implementar la diversidad de programas que ofrece el CENADIC. Cabe mencionar, que los tratamientos breves tanto para el abuso de alcohol y de marihuana sí se encuentran disponibles en la página web de dicha institución.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Con respecto al papel de los profesionales de la salud, Pacheco y Martínez (2013), encontraron que las variables clínicas que se asocian con el éxito de las intervenciones son las que se relacionan con los conocimientos, las actitudes y las habilidades de los profesionales de la salud. Los resultados mostraron el grado de importancia que desempeñan los profesionales de la salud para que la TT se concretice exitosamente.

Considerando a los terapeutas que sí reportaron utilizar TBE y que definieron correctamente el concepto, sería importante organizar junto con ellos un programa dirigido a la promoción de dichos tratamientos entre la población de terapeutas. Es decir, sería conveniente favorecer que desde el interior de la institución surjan "seguidores de la misión" que impulsen entre los terapeutas que no utilizan los TBE, destacando sus distintos beneficios, como son: mejores resultados de sus pacientes, impacto positivo en el panorama epidemiológico de la región de Baja California, desarrollo profesional y con todo ello, el conocimiento de lo que funciona en psicología. DiCenso, Guyatt y Ciliska (2005), señalaron que la PBE contribuye a la actualización de los conocimientos y a mejorar la credibilidad de los profesionales de la salud al manejar la evidencia científica en su práctica clínica.

Otra forma en la que se podrían promover los beneficios de usar los TBE, es a través del análisis de artículos científicos sobre evaluación de tratamientos en el ámbito de las adicciones. Para ello se cree oportuno recomendar círculos de lectura semanales o quincenales. Además, que esta actividad esté coordinada por los terapeutas que reportaron sí utilizar TBE.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Se considera que si se cuenta con un líder que surja de entre los mismos compañeros, pudiera facilitarse el cumplimiento de la misión, en comparación a un proceso en el que la promoción de TBE provenga de un agente externo. Así, la demostración de los beneficios de los TBE en el área de adicciones, tendría mayores probabilidades de éxito.

Es importante mencionar que durante la entrevista varios terapeutas comentaron que, cuando inician actividades laborales en las UNEME-CAPA, otro terapeuta experimentado los va guiando en la manera de trabajar las técnicas cognitivas-conductuales. Lo que se considera relevante como referencia para fundamentar la propuesta ofrecida de contar con el apoyo de los propios terapeutas como "seguidores de la misión", en tareas de sensibilización del uso de los TBE.

Adicionalmente, dicha actividad pudiera estar apoyada por investigadores expertos que se dedican al estudio de los TBE, para que fortalezcan la parte metodológica y teórica de las actividades encaminadas a sensibilizar a los terapeutas en el tema de la adopción.

De lo anterior, se encontraron antecedentes que ubican la tarea que realizan los investigadores del ATTC con los profesionales para incrementar el conocimiento y las habilidades necesarias para los TBE. En el ATTC se fundó el Science to Service Laboratory [SSL] (Laboratorio al Servicio de la Ciencia), con el objetivo de adaptar e implementar una estrategia organizacional destinada a equipar a las instituciones del área del abuso de sustancias y a sus empleados en habilidades para adoptar TBE.

En este sentido, resulta relevante desarrollar una estrategia para trabajar con los profesionales de la salud de México que están encargados de implementar tratamientos con las personas que requieren apoyo en materia de consumo de alcohol y drogas.

### **Habilidades de los profesionales de la salud para la búsqueda de información sobre los TBE**

En el presente trabajo se encontró que los terapeutas realizan búsquedas semanalmente de artículos científicos (23.5%). Se puede observar qué tan frecuente es la interacción directa que los terapeutas sostienen con el tema de tratamientos en adicciones, ya sea a través de la red o la publicación impresa. En relación con el tiempo que dedican a leer sobre el tema de tratamientos en adicciones, algunos hicieron referencia a que tienen diversas actividades personales que limita la búsqueda y lectura de tratamientos; algunos terapeutas consideraron que es en su tiempo libre cuando podrían dedicarle espacio a la lectura especializada en tratamientos.

Dysart y Tomlin (2002), consideraron la disponibilidad de tiempo como una variable que dificulta el uso de TBE, al trabajo clínico y al proceso de toma de decisión en general. Por lo tanto se debe considerar que aunque los investigadores utilicen las revistas científicas para diseminar sus hallazgos, muy pocos terapeutas consultan esos medios en su práctica diaria (Miller, 1987; Sobell, 1996).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En referencia a las principales fuentes de información que frecuentan los terapeutas de las UNEME-CAPA del estado de Baja California para sus búsquedas de tratamientos en adicciones, 51% señaló utilizar cualquier buscador comercial como Google y otros refirieron utilizar bases de datos bibliográficos (41.1%) y librerías (24.5%). Comentarios al respecto indicaron que no confiaban en el uso de internet para buscar tratamientos en adicciones, por lo que preferían buscar los tratamientos en librerías para obtener el material físico.

En este caso, sería importante conocer los filtros de búsqueda que utilizan para obtener los tratamientos con mayor sustento científico. Por ejemplo, conocer qué tipo de materiales bibliográficos buscan los terapeutas, si son especializados en adicciones y en tratamientos, o si buscan lecturas básicas.

Al conocer los hábitos de búsqueda de información bibliográfica, se considera oportuno recomendar trabajar con los terapeutas en el desarrollo de habilidades para la de búsqueda de información a través de internet, ya que podría ayudar a eficientar el tiempo que disponen para la búsqueda y lectura de tratamientos. Al respecto, Fainholc, (2002), señaló que el uso eficiente de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), fortalece el conocimiento, además la comprensión de conceptos, y la construcción de la educación individual y grupal, debido a que no hay límites en la información si la persona es capaz de explorar de forma inteligente las opciones que se ofrecen a través de este medio.

Asimismo, Fainholc (2004), indicó que el desarrollo de habilidades y estrategias metodológicas para la optimización de la interacción y lectura con las TIC, apoyan

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

a democratizar y afianzar la sociedad del conocimiento que no implica sólo el acceso a internet, lo cual se considera un primer avance, sino comprender lo que se lee, apropiarse de ello crítica y reflexivamente, y otorgarles un sentido personal y socio comunitario, lo cual pudiera marcar el inicio para la negociación y producción de conocimientos valiosos en todas las dimensiones de la vida y el trabajo.

La propuesta de capacitar a los terapeutas en habilidades de búsqueda de información a través de las TIC, debe comprender la promoción de los beneficios en las diferentes áreas de su vida, enfatizando el área laboral, para motivar el interés por la capacitación y obviamente para que las utilicen.

Se considera oportuno brindar sugerencias para: a) la navegación efectiva en internet, b) de páginas especializadas en tratamientos de adicciones, y c) de bases de datos electrónicos, puede ser una buena forma de iniciar el trabajo en esta área con los terapeutas. Además, motivar la lectura de comprensión. De esta manera se puede acercar al terapeuta a fuentes confiables, promoviendo búsquedas más exitosas. Esto definitivamente apoyaría su experiencia en la búsqueda de tratamientos utilizando las TIC, lo que podría incrementar su rendimiento e interés para encontrar mayor número de TBE (Coll, 2008; Cruz, 2009).

Los resultados del presente estudio también coinciden con los encontrados por Fresneda, Muñoz, Mendoza y Carballo (2012), quienes trabajaron con 217 logopedas españoles. También se encontró que eran muy pocos los logopedas

que consultaban revistas científicas especializadas en los últimos seis meses. Además, que un valor predictor del uso de la PBE es la exposición a la literatura científica durante los años del ejercicio profesional formación académica ( $t = -4.25$ ,  $p < .001$ ), y durante los años de formación académica ( $t = .82$ ,  $p < .001$ ).

Según Schlosser (2006), en un momento de demandas de información y utilización de investigación crecientes, los profesionales que trabajan al servicio de personas con distintas necesidades se plantean considerar la investigación con evidencia empírica como parte de su toma de decisiones clínicas y educativas. Ser competente en la búsqueda de información permitirá no sólo la autonomía en el aprendizaje, sino que además facilitará la integración de otros contenidos los cuales proporcionan actualización en temas de hallazgos de la investigación científica (Cruz, 2009).

Asimismo, Salbach, Jaglal, Korner-Bitensky, Rappolt y Davis (2007), consideraron que una barrera para el uso de la PBE es la falta de habilidades para llevar a cabo los pasos necesarios en el proceso de búsqueda y lectura de la evidencia científica. Además se requiere, entre otros factores, un grado mínimo de auto-eficacia, definida por Bandura (1977) como el juicio de la propia habilidad para organizar y realizar actividades en un dominio específico.

En cuanto a los hábitos de lectura especializada, en los resultados de este trabajo se muestra que varios terapeutas se documentan sobre tratamientos en adicciones ante la llegada de un caso nuevo. Esta práctica la pudieron haber adquirido desde su formación académica, cuando era necesario buscar

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

información solo cuando era requerida por el profesor para determinado tema, y ahora lo conservan para mantenerse actualizados en cuestión de tratamientos. Sin embargo, al parecer la mayoría no mantiene una interacción continua ni especializada en el tema de tratamientos novedosos en adicciones. Esto definitivamente puede convertirse en un elemento que puede explicar los obstáculos de la adopción, al desconocer las opciones terapéuticas disponibles, ya que la acción de elegir qué tratamiento es el más pertinente para determinada situación conlleva tiempo para buscar información en un cúmulo de opciones que existen tanto en internet como en los libros. Además se requiere tiempo para analizar la información y seleccionar la opción más viable para el usuario. Esta situación pudiera provocar que los tratamientos que utilicen, producto de la información encontrada, no cuenten con un juicio exhaustivo para determinar si es la mejor opción de tratamiento o si se requiere continuar la búsqueda.

A este respecto, diversos autores han indicado que los terapeutas se guían más por su intuición y experiencia clínica que en TBE (Baker, McFall & Shoham, 2008; Gyani, Shafran, Myles & Rose, 2014; Lilienfeld, Lohr & Travis, 2015).

### **Autoeficacia percibida por los profesionales de la salud**

Por otra parte, en cuanto a los resultados de la variable autoeficacia, se observó que 84% de los participantes, reportaron estar en el nivel alto de capacidad para implementar exitosamente los tratamientos en los que han sido capacitados;

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

también para identificar, analizar y distinguir tratamientos probados científicamente en el área de adicciones.

Aunque esta variable no se relacionó con el actual uso de tratamientos por parte de los terapeutas de las UNEME-CAPA del estado, sí pudiera ser un factor que pueda utilizarse para incrementar su disposición a implementar una innovación o tratamientos de adicciones y ser adaptados en su área de trabajo (Rogers, 2003).

### **Actitudes de los profesionales de la salud hacia los TBE**

Se obtuvo información acerca de que algunos terapeutas no buscaban información de tratamientos porque no correspondía a su área de trabajo, ya que ellos estaban adscritos a tareas de prevención universal. Esta conducta pudiera enmarcarse en la variable actitud hacia los TBE, y es un indicativo de los nulos conocimientos que poseen los terapeutas sobre la literatura en tratamientos en adicciones.

Debe recordarse que los resultados sobre las actitudes de los terapeutas sobre los TBE se encuentran en un “nivel medio a alto”, es decir que de forma general sí hay una aceptación para adoptarlos. Sin embargo, aún puede haber terapeutas que creen que los tratamientos no encajan con sus habilidades o conocimientos, o piensan que no es tan fácil implementarlos, o simplemente presentar una actitud negativa (Massatti, 2008, Ayala, 2001; Véliz, 2014; Rogers, 1995; Wandersman, et. al 2008).

## **Contexto laboral de los profesionales de la salud en las UNEME-CAPA de Baja California**

Una variable importante que se debiera considerar como una posible barrera para la adopción de los TBE es el contexto laboral, ya que por la doble vinculación IPEBC-CENADIC no todos los terapeutas han tenido la oportunidad de trabajar el área de tratamiento. En esta situación sólo los terapeutas federales pueden llevar a cabo estas actividades de intervención, sin embargo como se mostró en los resultados, tampoco estos terapeutas implementan los programas de CENADIC.

A este respecto, para lograr un avance en materia del uso de TBE, se debe reconsiderar la forma en la que se inició la capacitación con estos terapeutas, es decir, si se trabajó primero en los beneficios de utilizar dichos tratamientos.

En este sentido, es importante resaltar que la diversidad de áreas que concentra el IPEBC representa un reto para la capacitación de los psicólogos (salud mental comunitaria, intervención en crisis, hospitalización, urgencias, clínica de atención integral a niños y adolescentes, etc.). En lo que respecta a los terapeutas que laboran en el ámbito de las adicciones, se presenta la tarea y la responsabilidad de capacitarlos en las intervenciones que ofrecen resultados exitosos en el tratamiento para el consumo de sustancias adictivas.

Con ello, se propone analizar con los terapeutas del estado de Baja California las ventajas de utilizar, no solo los tratamientos que propone CENADIC, sino en general tratamientos psicológicos que han demostrado efectividad a través de la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

evidencia empírica. Esto implicaría un trabajo de sensibilización para aumentar su disposición a utilizar dichos tratamientos, porque si no hay una convicción sobre sus beneficios, aunque estén instruidos en sus procedimientos, hay muchas probabilidades de que no los utilicen en su práctica diaria, como ha venido sucediendo en muchos centros de atención.

Según Pascual, Frías y Monterde (2004), uno de los motivos que obstaculiza el actuar científico de los clínicos, es que aún existen viejas prácticas. Al respecto, Garb (1988), observó que cuando el pensamiento científico y la creencia personal de los terapeutas entran en contradicción ante un problema, éstos suelen optar por sus creencias. El adoptar un modelo científico que se contrapone al propio, según Botella (2001), implica para muchos la pérdida de una identificación y hasta de una identidad con respecto a la forma de estudiar el objeto de la psicología. En este sentido, la práctica del psicólogo se parece más a la de un artesano que a la de un profesional (Botella, 2001), situación que es señal de la especie de adolescencia científica en que se encuentra la disciplina (Pascual, et al., 2004).

### **Avances en el conocimiento sobre TBE**

En este tema, se cree oportuno mencionar que terapeutas reportaron conocer el Programa de Intervención Breve para Adolescentes (PIBA) y lo han aplicado alguna vez, lo que pudiera indicar que sí hay avances en el uso de los tratamientos publicados por CENADIC. Este hallazgo conduce a las siguientes dos preguntas:

a) ¿Qué elementos posee el PIBA para que terapeutas lo identifiquen?

b) ¿Cómo ha sido la diseminación de este programa?

Las respuestas a estas interrogantes pudieran servir de base para establecer estrategias que ayuden a la diseminación de TBE.

### **Debilidades en los conocimientos de los profesionales de la salud**

Durante la entrevista se presentaron opiniones de que el PIBA es muy "bueno", muy estructurado, y efectivo; sin embargo también hubo opiniones adversas relacionadas con los instrumentos de evaluación, considerando que es "demasiado papeleo", y que se dedica más de una sesión para cumplir con esa parte, por lo que le atribuyen que el usuario ya no regresa a las siguientes sesiones de trabajo, y que hubieran preferido iniciar con lo más importante que es el "rapport" para que permaneciera en el programa, y posteriormente aplicar los instrumentos. También sugirieron reducir el número de instrumentos de la sesión de evaluación.

Con esto pareciera, que para los terapeutas el "rapport" solo se utilizara en la primera sesión de trabajo, siendo que es un componente muy importante durante todas las sesiones de intervención.

Por lo que se observa, se considera necesario reforzar de forma permanente los elementos básicos como lo son la empatía, la escucha reflexiva, que son componentes básicos en el trabajo del terapeuta (Miller & Rollnick, 2002). Sin

embargo, se deben considerar las opiniones con respecto a los instrumentos de evaluación como barrera para implementar el PIBA en su práctica clínica.

### **Factores que influyen en la TT**

Por otra parte, acerca de la nula relación que se encontró en este trabajo entre las variables: "tiempo que tienen los terapeutas en el área clínica", "la experiencia en el ámbito de las adicciones", "las capacitaciones recibidas", y "el uso de TBE", es importante hacer notar que a pesar de que la mayoría de los terapeutas reportó recibir capacitaciones frecuentes, estas acciones no fortalecieron el uso de TBE.

Estos resultados difieren del estudio de Vezzoni y Sgró (2012), quienes trabajaron en centros ambulatorios públicos de adicciones, con 10 profesionales de la salud, entre ellos, cuatro psicólogos, un médico clínico, dos médicos psiquiatras y tres trabajadores sociales. Con respecto al tiempo de ejercicio profesional en el área de adicciones, el 30% tenían menos de cuatro años, el 30% entre cuatro y ocho años, y el 40% entre nueve y 12 años. Dicho estudio concluyó que la experiencia de los profesionales de la salud en la relación terapéutica, y en la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes son de gran importancia y significancia para la efectividad de los programas que tienen en estos centros ambulatorios de adicciones.

Ante tales hechos, surgen las siguientes preguntas...

- a) ¿Qué perfil buscan las autoridades de las UNEMES-CAPA del estado de Baja California en los psicólogos?
- b) ¿Será necesario que el terapeuta que labora en el área de las adicciones cuente con conocimientos previos en el área de tratamientos? ¿O un psicólogo general posee las herramientas terapéuticas suficientes para atender a la población que presenta abuso o dependencia a las sustancias adictivas?
- c) ¿Se debe revisar el perfil que requiere un terapeuta en términos de hábitos de lecturas, habilidades para la búsqueda de información con evidencia científica, y juicio crítico?
- d) ¿Para trabajar en el área clínica se necesitará capacitación adicional que la que se recibe en la licenciatura?
- e) ¿Los terapeutas requerirán también capacitarse en aspectos teóricos y metodológicos de los tratamientos?

Al respecto de los conocimientos teóricos y metodológicos, cuando se exploraron los criterios de los terapeutas para identificar un tratamiento efectivo, señalaron conceptos relacionados con el área de investigación. Este tipo de respuesta pudiera apuntar a que algunos de los terapeutas cuentan con preparación en esta área, lo cual pudiera utilizarse para promover el tema de niveles de evidencia dentro de los tratamientos y otros tópicos relacionados con la búsqueda de información en internet, sobre los diseños de investigación, validez interna y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

externa. Esto permitiría que, con una adecuada capacitación, los terapeutas también participaran en los procesos tanto de evaluación de las intervenciones utilizadas, como en la promoción de los TBE, y además, podrían maximizar la eficiencia de los resultados que obtienen en la práctica clínica, al tener claro por qué es importante apegarse a los protocolos de los tratamientos, sabiendo que su trabajo clínico es una amalgama de la ciencia (Fernández, 2016).

Este punto de vista se fundamenta en la necesidad de que el terapeuta cuente con conocimientos básicos sobre investigación, con la finalidad de promover las herramientas necesarias para discernir si la forma en que se evaluaron los tratamientos fue la más adecuada, y corroborar si los resultados son congruentes. Solo entonces estará en la posibilidad de diferenciar cuando un tratamiento no que cuenta con las evaluaciones pertinentes para utilizarlo en su práctica diaria. Sin embargo, lo anterior precisa indagar qué tan viable es para el terapeuta tener acceso a las bases de datos donde están las revistas científicas, y además qué tan sencillo le resulta adaptarse al vocabulario técnico que utilizan los investigadores. Esto constituiría una situación que debe atenderse para que investigadores y terapeutas cuenten con una vía de comunicación en común, que facilite el entendimiento y el aprendizaje uno del otro. Solo así se logrará reducir la brecha que existe entre la ciencia y los escenarios clínicos.

Como dato curioso, es oportuno mencionar el hallazgo de Tasca, Sylvestre, Balfour, Chyurlia, Evans et al., (2015), quienes hicieron un estudio con más de 1000 terapeutas clínicos, encontrando que aquellos temas de mayor interés para

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

que fuesen investigados, son relativamente homogéneos a los temas que están precisamente más investigados. Este descubrimiento podría dar indicios de lo desligado que se encuentra la investigación de la actividad profesional.

Sin embargo, es importante mencionar que existen posgrados en algunas universidades del país, como la UNAM y la UAA, donde capacitan a los terapeutas en habilidades propias de su rol clínico, pero también se les faculta en temas relacionados con la investigación, como son metodología, construcción de instrumentos, estadística, y análisis de la literatura científica.

Al respecto, sería pertinente desarrollar una línea de investigación que evalúe el desempeño de los terapeutas que cuentan con este tipo de conocimientos, para tener evidencias de la integridad del tratamiento que muestran, la tasa de retención de usuarios o pacientes, y sus habilidades de búsquedas de información. Esto apoyaría en la propuesta de un perfil del terapeuta que desee trabajar en las UNEME-CAPA del país.

Ahora, en cuanto a la formación en nivel pre-grado del terapeuta, surgen otras preguntas:

- a) ¿Se promueve la enseñanza de los tratamientos con evidencia científica en las universidades donde se imparte la licenciatura en Psicología?
- b) ¿Qué prioridad tienen?

c) ¿Se capacita al estudiante de Psicología en habilidades de búsqueda de información con respaldo científico?

d) ¿Qué lugar se otorga a la lectura y análisis de artículos científicos en las diferentes asignaturas o unidades de aprendizaje?

Es importante no obviar estas enseñanzas, las cuales tienen un impacto cuando el estudiante universitario se convierte en el responsable de decidir qué tipo de intervención es la más conveniente para el usuario que tiene frente a él. Cabe resaltar nuevamente la trascendencia que tienen los conocimientos sobre métodos de investigación en esta decisión, los cuales forman parte de las asignaturas impartidas en la etapa de pre-grado.

A este respecto, se considera importante sugerir que entre de las asignaturas que cursan los estudiantes de la licenciatura en psicología se enfatice en la aplicabilidad que tiene el área de la investigación en las diferentes áreas de conocimiento, como la social, educativa, laboral y obviamente el área clínica. Para ello, es fundamental que el profesor de dichas asignaturas haga hincapié en que, independientemente del área a la que se dedique el futuro psicólogo, los temas de investigación serán pieza angular de su desempeño, ya que si el estudiante ha desarrollado habilidades de búsqueda de información, comprensión lectora, juicio crítico y su capacidad de síntesis, estas se verán reflejadas en su trabajo profesional, ya que se documentará acerca del "abanico" de posibilidades que tiene para enfrentar los retos que se le presentan.

Reafirmando lo que se señaló sobre las actitudes de terapeutas en relación a los usuarios de alcohol y otras drogas, es necesario agregar que hubo comentarios acerca de que a algunos terapeutas no les agrada trabajar con esta población, prefiriendo el área de prevención universal. Lo cual, pudiera estar influyendo también en la adopción de TBE. Pero también surge una pregunta obligada: cuando los psicólogos buscan empleo en las UNEME-CAPA de Baja California, ¿están enterados que es una institución que se enfoca en conductas adictivas? ¿Pudiera ser una variable que se deba sumar a las estudiadas?

Otro aspecto actitudinal que se debe mencionar, es que terapeutas realizaron comentarios inclinados a los estereotipos culturales que se tienen respecto a “los adictos”. Por ejemplo, que los consumidores de drogas son vándalos, criminales, o que son peligrosos y agresivos si han estado consumiendo por un tiempo. A lo que algunos mostraron su “temor” para intervenir con los usuarios, ya que no sabrían que hacer si hay una situación de amenaza o peligro. Es importante trabajar con la sensibilización a los profesionales de la salud y trabajar constructos de los diferentes estereotipos que reflejaron durante el estudio.

Ante tales consideraciones, sería importante añadir capacitaciones básicas sobre el manejo terapéutico de las personas en condición de abuso a sustancias adictivas, y distinguirlos de las personas con dependencia. Se tiene que capacitar en la identificación de señales que indiquen el consumo activo de alcohol y drogas, para que no brinden atención a los usuarios si llegan con esos síntomas, y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

con ello se reduzca el "miedo" a brindar atención a la población usuaria de sustancias adictivas.

Al respecto, en el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009), en la Parte I, Capítulo 1, Sección IV Principios Básicos que rigen el Comportamiento de los Psicólogos, Inciso A Respeto a los Derechos y la Dignidad de las Personas, se hace hincapié que en el desempeño de las actividades, los psicólogos tienen la responsabilidad de respetar, proteger y fomentar los derechos y la dignidad de las personas al trato justo y a la igualdad.

Además, el Cuidado Responsable comprende normas de conducta relativas a la capacidad y el conocimiento que debe tener un psicólogo para desempeñar su profesión. De igual manera, el Código Ético hace énfasis que el psicólogo solo debe realizar actividades para las que recibió la formación suficiente, es competente y para las que posee conocimientos y destrezas actualizadas. Bajo este mismo principio, el psicólogo hace esfuerzos por estar consciente de cualquier prejuicio o sesgo que afecte sus acciones, interpretaciones y recomendaciones (p. 40).

Es pertinente señalar que el propio psicólogo es responsable de su formación, y por cuestiones de ética profesional debe garantizar que está preparado profesionalmente para ofrecer la mejor intervención con la mayor calidad disponible, optando por tratamientos que hayan sido evaluados científicamente (Ybarra, et al., 2015). Sin embargo, no se trata solo de seleccionar el mejor tratamiento como si fuera una receta de cocina, sino que entran en juego sus

habilidades terapéuticas, juicio clínico, adaptación al contexto del paciente, y el establecimiento de una buena alianza terapéutica. Como lo señala Ybarra, et al. (2005), el éxito de una intervención no solo depende del tratamiento, sino de la integración de todos los elementos señalados.

### **Enfoque teórico y los TBE**

Ahora, en relación al uso del enfoque Cognitivo-Conductual, es importante recordar que la APA ha señalado que cuenta con las características ideales para someter sus técnicas y procedimientos a evaluación, fundamentalmente debido a que medir los resultados es una preocupación primaria para este enfoque terapéutico (Mustaca, 2004; Pérez-Álvarez & Fernández, 2001; Vera-Villarroel, 2004).

En este sentido, llama la atención que en las UNEME-CAPA, a pesar de que la mayoría de los terapeutas reportó utilizar este enfoque en su práctica clínica (lo cual corresponde a la política instruida por el IPEBC), en las preferencias personales de los terapeutas expresadas en la entrevista, algunos manifestaron cierta incomodidad por no poder ejercer sus conocimientos basados en otros enfoques, ya que opinaron que si se les permitiera utilizar otras técnicas, quizás habría resultados más favorables en la intervención con los usuarios. Además, algunos llegaron a argumentar que la terapia cognitivo-conductual no está peleada con otras corrientes o enfoques psicológicos y por tanto, eso les daba la pauta para hacer combinaciones dependiendo de la necesidad del usuario.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Este tipo de creencias, opiniones y formas de proceder, pueden generar que las intervenciones arrojen resultados indeterminados, influyendo en varios aspectos como en la medición de la efectividad, en la integridad de los procedimientos, en el costo-beneficio y obviamente en las bases epistemológicas de los enfoques utilizados. Al respecto, se confirma la necesidad de fomentar la integridad de los tratamientos por parte de los terapeutas si se realizaran actividades de capacitación y retroalimentación en la institución.

### **Comunicación con los terapeutas para conocer sus necesidades**

Con respecto a las características de los usuarios, los terapeutas comentaron en la ETEA casos de personas provenientes de comunidades indígenas donde tienen costumbres y situaciones de riesgos que propician el abuso y consumo de sustancias adictivas; también de adolescentes que han estado en tutelares de menores, que no continuaron sus estudios, que se encuentran en situaciones de violencia o narcotráfico. Lo cual, podría ser un factor que limite la adopción de las innovaciones y que por lo tanto podría ser importante de escuchar en voz de los terapeutas las necesidades sobre herramientas de trabajo. Además es importante tener en cuenta que si no disponen de TBE, utilizarán otras que pudieran no ser las adecuadas y efectivas para el tratamiento de las adicciones (Bustamante, Riquelme, Alcayaga, Lange, & Urrutia, 2012).

Son diversas las tareas que se esperan del terapeuta de las UNEME-CAPA, sin embargo se debe proceder con cautela para no saturarlos de expectativas que

causen mayores barreras, sino que se debe contar con los pasos debidamente segmentados que motiven al terapeuta a avanzar al siguiente objetivo.

Además, se debe tener en cuenta, que no solo es responsabilidad del terapeuta cambiar sus procedimientos, sino que en esta tarea están involucradas las autoridades federales, estatales y locales, además de los investigadores en el área.

En esta parte se hace necesario considerar el Modelo de Comunicación de Doheny-Farina, el cual se centra en una comunicación efectiva con la comunidad que recibirá la innovación. Al considerar a los adoptantes en cada una de las tareas de TT, se acrecientan las posibilidades de que los terapeutas encuentren mayor sentido a lo que se pretende realizar.

Si por el contrario se continúa trabajando de forma unilateral o creyendo que el terapeuta es el único que debe cambiar, se asumirá el riesgo de continuar haciendo lo mismo, obteniendo los mismos resultados, responsabilizándonos unos a otros, sin sentarnos a dialogar lo que cada quien debe aportar.

La comunicación con los adoptantes debe tomarse como algo esencial ya que el conocimiento se hace presente mediante la negociación y el consenso entre iguales. No se trata solo de mover la información de un lado a otro manipulándola lo menos posible para no distorsionarla. Debe abordarse como el enlace humano que es, necesario para dinamizar la TT trascendiendo las fronteras discursivas tradicionales. Doheny-Farina lo define como el proceso de diálogo igualitario, por

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

medio del cual la gente construye el conocimiento, por ello las barreras socioculturales deben superarse para facilitar el proceso de TT.

Los procesos de TT involucran a los individuos y grupos negociando sus visiones sobre la tecnología y sus aplicaciones de acuerdo a lo que todos conciben como una empresa común. Esto significa que los hechos de la TT no están separados de las percepciones de los participantes. Al contrario, el proceso es el resultado de una continua conceptualización, negociación y re-conceptualización (Doheny-Farina, 1992).

Esta visión trasciende el modelo vertical de TT por uno horizontal, donde hay espacio para que, mediante la comunicación, las percepciones, necesidades y expectativas de los grupos sociales locales sean compartidas por los investigadores y desarrolladores para promover una tecnología apropiada a las condiciones locales.

Es indispensable tener en cuenta que en el fondo, entre todos los actores sociales involucrados en el proceso de TT, existen percepciones y valoraciones diversas de los problemas relacionados con la organización y sus posibles soluciones, así como las alternativas de innovación tecnológica.

## **Líneas futuras de investigación**

### **a) Evaluación de los programas FORMA y RP**

A manera de conclusión, la situación de las UNEME-CAPA de Baja California en relación a los tratamientos que se están utilizando, debe atenderse desde diferentes niveles. Es decir, los encargados de CENADIC debe intervenir para promover mayormente los TBE; por otro lado las autoridades del IPEBC también debe evaluar los resultados de sus programas (FORMA y RP), los cuales ha venido implementando desde que iniciaron operaciones las UNEME-CAPA; y también los investigadores expertos en el tema de TBE deben proponer una estrategia de trabajo colaborativo para lograr avances en el tema del quehacer científico. Todos tienen algo que aportar para beneficio de la gente que está esperando un tratamiento que se ajuste a sus necesidades y dé solución a sus problemas de consumo de sustancias adictivas.

Entre todas estas dependencias, deben hacer un análisis de la información que se cuenta sobre la situación de los terapeutas de la UNEME-CAPA del estado de Baja California en relación a los TBE, para re-formular estrategias que lleven a una mejor disposición y conocimientos sobre el uso de TBE.

Llama fuertemente la atención de que a pesar que acuden usuarios de diferentes sustancias adictivas a las UNEME-CAPA en Baja California, se utilicen solo los programas FORMA y RP. Vale la pena recordar que FORMA es un programa de prevención universal, y RP es de prevención indicada para personas

consumidoras de sustancias adictivas en un nivel de dependencia moderada a severa.

Al respecto, cabe destacar la pertinencia de su evaluación para obtener datos que indiquen su nivel de evidencia.

De esta forma, no se desperdiciaría el valioso conocimiento que se produce a diario en el contexto clínico de las UNEME-CAPA del estado, lo cual beneficiaría a la ciencia psicológica a través de los hallazgos encontrados (Toche-Manley et al., 2011). Igualmente, si a través de la investigación se obtienen resultados favorables de la eficacia y efectividad, donde se evidenciara su validez externa, sería posible la construcción de las guías clínicas correspondientes, donde se describan puntualmente los procedimientos de cada uno, y con ello, promover acciones de diseminación.

Pero si los resultados de dicha evaluación arrojaran datos adversos, las autoridades del IPEBC con apoyo de los investigadores de las instituciones involucradas en el trabajo colaborativo, contarían bases más sólidas para hacer los ajustes necesarios a fin de mejorar la intervención, lo cual, contribuiría a fortalecer a la psicología en cuanto al conocimiento de las intervenciones y sus resultados.

Cabe destacar que la evaluación de los programas FORMA y RP, tienen fundamento en la recomendación hecha por la División 12 de la APA, donde exhorta a valorar y publicar los resultados de la eficacia de los tratamientos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

utilizados en la práctica clínica y en los principios de la psicología con base en la evidencia, la cual promueve garantizar a los usuarios resultados exitosos de acuerdo a las necesidades que demanden. También significa que las intervenciones utilizadas en el contexto clínico provengan de procedimientos sistemáticos de la investigación y por lo tanto pueden replicarse en guías prácticas y manuales (Kort, 2006).

Al respecto, se considera pertinente hacer la analogía de los tratamientos psicológicos y el uso de fármacos, porque ningún médico debería recetar a sus pacientes algún medicamento que no cuente con pruebas o evidencia de su evaluación y efectividad. De esta misma forma debería suceder en la psicología, donde ningún terapeuta debería utilizar intervenciones que no gocen de comprobación de su efectividad (Ybarra, et al., 2015).

Al respecto surgen las siguientes tres interrogantes:

- a) ¿Qué necesidades perciben los terapeutas de las UNEME-CAPA para expandir su práctica clínica?
- b) Si los terapeutas no evalúan su trabajo, ¿cómo verán la necesidad de modificar sus procedimientos en el trabajo?
- c) Por último, ¿los terapeutas percibirán la necesidad de más herramientas terapéuticas?

Porque si hay una clara exigencia de los usuarios de recibir un tratamiento de acuerdo a su problemática, los terapeutas podrían solicitar capacitaciones en

prácticas clínicas diferentes a las que han instruido las autoridades de las UNEME-CAPA.

Al respecto de las motivaciones para utilizar TBE, se propone enfatizar las necesidades expuestas por los usuarios de los servicios, para motivar a los terapeutas a documentarse más en los TBE, para dar respuesta a las diferentes necesidades de la población usuaria de las UNEME-CAPA del estado de Baja California. Cabe mencionar que el interés que mostraron los terapeutas por las necesidades de los usuarios se considera una fortaleza, ya que cuando se exploraron las razones por las cuales buscan información de tratamientos, varios de los terapeutas mencionaron que les gustaría atender la problemática del consumo y las diversas problemáticas relacionadas.

#### **b) Reinención tecnológica**

En este sentido, la poca (o nula) interacción de los terapeutas con los manuales que publicó CENADIC y el trabajo colaborativo que se propone para promover los TBE, podría ser ocasión para considerar la reinención tecnológica. Al respecto, Martínez y Medina-Mora (2013), señalaron que los participantes de un proceso de TT adaptan la innovación para adecuarla a las características de la institución y a sus propios objetivos y prácticas, lo cual, produce un nuevo conocimiento. Esto podría verse como una oportunidad para ampliar la oferta de tratamiento para las adicciones y pudiera ser parte de un trabajo colaborativo que se proponga entre terapeutas e investigadores. Así, los terapeutas serían parte del

desarrollo de nuevos tratamientos que ellos mismos utilizarían, lo cual podría beneficiar al proceso de adopción.

También Martínez et al. (2013), enfatizaron en que el conocimiento generado por investigadores del área sufrirá cambios en el proceso de transferencia del conocimiento. De esta manera, se favorecen las prácticas clínicas y terapéuticas en psicología y así como el avance de la TT en este campo de atención y tratamiento de las adicciones. Además, puntualizaron en la reinención como sustento del avance de la ciencia a partir de la nueva evidencia que surge del uso y análisis de la innovación tecnológica.

En relación a la propuesta de colaboración entre investigadores y terapeutas, es importante recordar que ya se ha realizado con investigadores de universidades como la UNAM y la UAA. Estas acciones también representan un antecedente para promover el apoyo entre instituciones para tareas de capacitación, sensibilización y retroalimentación. En este sentido se propone buscar el apoyo de de las universidades mencionadas, que han participado en tareas de TT, para contar con su amplia experiencia, y además integrar a investigadores de la Universidad Autónoma de Baja California como institución académica local.

Este trabajo de colaboración buscaría como eje principal el apoyo al IPEBC, específicamente a las UNEME-CAPA, en tareas de promoción, capacitación y retroalimentación de los terapeutas que ahí laboran en relación a los TBE.

Goldfried, Newman, Catonguay, Fuertes, Magnavita, et al. (2014), reportaron un trabajo al que calificaron como "two-way bridge" (puente en dos sentidos), en el cual participaron la Sociedad de Psicología Clínica de Estados Unidos, las Divisiones 12 y 29 de Psicoterapia, ambas de la APA. Este trabajo consistió en que los investigadores de la APA apoyaron a los psicólogos clínicos en capacitación y supervisión de los TBE; mientras que los psicólogos clínicos auxiliaron a los investigadores en la tarea de identificar aquellos aspectos que consideraban barreras para que los TBE se diseminaran exitosamente. En este proyecto se observó que muchas veces los productos del trabajo científico no se adaptan al contexto clínico. Por ello, aunque se capacitaran y tuvieran las intenciones de utilizar el nuevo conocimiento en sus lugares de trabajo, no había las condiciones necesarias para implementarlos.

En este mismo sentido, Goldfried, et al. (2014), reportaron que el vocabulario que se utiliza en los artículos científicos no es sencillo para quienes no están relacionados directamente con temas de investigación; y que además, las publicaciones científicas no están al alcance de cualquier usuario de internet, y mucho menos, si no se dispone de una cuenta para acceder a bases de datos bibliográficos como Elsevier y EBSCO, las cuales tienen un costo para acceder a sus publicaciones. Del mismo modo señalaron que las presentaciones en los congresos científicos están diseñadas pensando más en los propios investigadores, que en los clínicos.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Goldfried, et al. (2014), también vieron la necesidad de la diseminación en ambos sentidos, donde los investigadores de tiempo completo promuevan el uso de los TBE entre los psicólogos clínicos, pero donde también estos informen a los investigadores de su experiencia con dichos tratamientos, en relación a los clientes, escenarios, otros terapeutas y otras variables que ellos consideren de trascendencia.

A manera de reflexión, es importante señalar que ninguno de los dos (investigadores y terapeutas), son poseedores de la verdad absoluta. Entonces, si se parte de esta premisa, se pueden lograr acuerdos que trasciendan a los propios objetivos o estilos de trabajo, para el beneficio de la población que acude a las UNEME-CAPA en busca de ayuda.

Es preciso recordar que los participantes del presente estudio, dieron respuestas que reflejaron confianza en los manuales de CENADIC y en las universidades que realizan investigaciones. Esto pudiera utilizarse a favor de un trabajo colaborativo, es decir que al presentarse un proyecto donde participaran diferentes instituciones ya identificadas por los terapeutas, sea aceptado más fácilmente y pudiera constituirse en una línea de investigación, donde se indague sobre las facilidades del contexto laboral para la adopción de tratamientos con evidencia científica, sobre la validez externa de estas intervenciones, sobre la facilidad o dificultad de sus protocolos en relación a la descripción de sus procedimientos.

Además en relación a los terapeutas, se cree pertinente explorar si a partir de las acciones de los "seguidores de la misión", se logra incidir en la motivación para

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

utilizar TBE, y también qué tanto se adhieren a los procedimientos señalados en los protocolos, lo cual forma parte de la integridad a los tratamientos, que significa apearse al manual o guía clínica, para garantizar resultados similares a los reportados por los investigadores.

### **Limitaciones del estudio**

La discrepancia encontrada en el resultado obtenido sobre la variable autoeficacia y el uso de TBE, hace pensar sin duda en la deseabilidad social, la cual fue definida por Crowne (1979) y Ellington, Sackett & Hough (1999), como la tendencia de las personas a presentarse ante los demás de una forma más valorada socialmente y reducir las actitudes y comportamientos menos apreciados.

En relación con ello, se observó una tendencia a registrar respuestas positivas en el CUTEA, pero al pasar a la ETEA dieron a conocer opiniones contradictorias acerca de sus conocimientos, habilidades para la búsqueda, y sus actitudes con respecto a los TBE. La posible deseabilidad social que se señala, puede representar una debilidad del presente estudio, situación que puede presentarse con investigaciones donde se utilizan cuestionarios (Coq & Asian, 2002). Sin embargo, estos mismos autores determinaron que a partir precisamente de las entrevistas a profundidad, puede reducirse el efecto de este tipo de respuesta.

Por otra parte, también es importante mencionar que por el tipo de diseño descriptivo de esta investigación, los resultados no dan elementos para determinar

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

las relaciones causales entre los factores que influyen en la TT en las UNEME-CAPA de Baja California, pero sí aporta los elementos para continuar un trabajo de análisis para apoyar el proceso de transferencia del conocimiento.

Asimismo, se considera que faltó entrevistar a las autoridades tanto del IPEBC y en particular a quienes están relacionadas con el área de adicciones, para conocer sus puntos de vista sobre el proceso de toma de decisiones de implementar el programa FORMA y RP en las UNEME-CAPA del estado. Esta información sería importante para determinar las razones por las que solo se utilizan estos programas y no adoptar los que promueve CENADIC.

#### **Fortalezas del estudio**

Es importante resaltar el tamaño de la muestra (102 terapeutas), lo cual brinda elementos que fortalecen los resultados debido a que se entrevistó al 96% del personal que atiende a los usuarios. Con ello, se confirman los datos entre sí y robustece la confiabilidad de la información.

Además el cuestionario que se utilizó para la recolección de información, obtuvo un coeficiente de fiabilidad de 0.89, lo cual robustece la fuente de los datos. Cabe mencionar que este índice incrementó en la fase de recolección de datos con respecto al proceso de validación, en el que se obtuvo un índice de 0.84.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Asimismo, la entrevista que se utilizó para respaldar la información obtenida en el cuestionario, contó con un proceso de jueceo para asegurar su pertinencia en la investigación.

También se considera una fortaleza la capacitación que se tuvo con los entrevistadores, con quien se llevaron a cabo ensayos conductuales para lograr estandarizar los procedimientos y sensibilizarlos en cuanto a la importancia de su colaboración en el proceso investigativo, además la supervisión fue valiosa para retroalimentar el trabajo desempeñado y además cuidar la integridad a los procedimientos.

Por último, es importante señalar que el hallazgo sobre la lectura de artículos científicos durante la formación escolar y en el tiempo que llevan trabajando en el área de adicciones, brinda la base para construir una hipótesis que guíe trabajos para promover la lectura en los alumnos que se están formando en las universidades y en los profesionales quienes son los encargados de implementar los tratamientos con la población que lo requiere.

## Referencias

- Ayala, H. (2001). Intervenciones motivacionales con bebedores problema en México: Resultados iniciales. En H. Ayala & L. Echeverría (Eds.), *Tratamiento de conductas adictivas*, 81-91. México: UNAM.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Backer, T. E. (2000). The failure of success: Challenges of disseminating effective substance abuse prevention programs. *Journal of Community Psychology*, 28, 363-373.
- Baker, T. B., McFall, R. M., & Shoham, V. (2008). Current status and future prospects of clinical psychology: Toward a scientifically principled approach to mental and behavioral health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 9, 67-103.
- Botella, J. (2001). El papel de los estudios de resultados de las terapias psicológicas. *Psicothema*. 12 (2) 176-179.
- Brown, B.S. & Flynn, P. M. (2002). The federal role in drug abuse technology transfer: a history and perspective. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, (4), 245-57.

Bustamante, C., Riquelme, G., Alcayaga, C., Lange, I., & Urrutia, M. (2012).

Experiencia de transferencia tecnológica de la consejería Telefónica para Cuidados Crónicos de Salud a equipos de Atención Primaria. *Enfermería Global* 11, (27), 172-178.

Coll, C. (2008). Aprender y enseñar con las TIC. Expectativas, realidad y potencialidades. *Boletín de la Institución Libre de Enseñanza*, 72, 17-40.

Coq, D. & Asián, R. (2002). Estudio de la “deseabilidad social” en Una investigación mediante encuestas A empresarios andaluces. *Metodología de las Encuestas*, 4, 2, 211-225.

Crowne, D. P. (1979). *The experimental study of personality* . Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cruz, J. (2009). Enfoque Estratégico y Formación de Terapeutas. *Terapia Psicológica*, 1 (27), 129-142.

DiCenso A, Guyatt G, Ciliska D. (2005). *Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice*. Elsevier Mosby; St. Louis, MO.

Doheny-Farina, S. (1992). *Rhetoric, innovation, technology*. Cambridge, M.A.: MIT Press.

Dysart, A. M., & Tomlin, G. S. (2002). Factors related to evidence-based practice among U.S. occupational therapy clinicians. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 275–284.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Echeburúa, E. (1998). ¿Qué terapias psicológicas son eficaces? Un reto ante el 2000. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 149-160.

Echeburúa, E., Salaberría, K., De Corral, P., & Polo-López, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y Retos del Futuro. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 19, 247-256.

Ellington, J., Sackett, P.R. y Hough, L.M. (1999). Social desirability corrections in personality measurement: issues of applicant comparison and construct validity. *Journal of Applied Psychology*, 84, 155-166.

Fainholc, B. (2002). Las mediaciones tecnológicas educativas. Buenos Aires: Ficha Cátedra Tecnología Educativa, UNLP.

Fainholc, B. (2004). Investigación: la lectura crítica en internet: desarrollo de habilidades y metodología para su práctica. *Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 7, 41-64.

Fernández-Alvarez, H. (2016). Reflections on supervision in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 26(1), 1-10.

Fresneda L. M. D., Muñoz L. J., Mendoza L. E. & Carballo G. G. (2012). La práctica basada en la evidencia en la logopedia española: actitudes, usos y barreras. *Revista de Investigación Educativa*, 30, 29-52.

Garb, H. (1998). Studying the clinician. Washington, DC: American Psychological Association.

Goldfried, M.R., Newman, M.G., Castonguay, L.G., Furlong, J.N., Magnavita, J.J., Sobell, L., Wolf, A.W. (2014). On the dissemination of clinical experiences in using empirically supported treatments. *Behavior Therapy*. 45: 3-6

Kort, F. (2006). *Psicoterapia conductual y cognitiva* (2a ed.) Venezuela: CEC.

Lamb, S., Greenlick, M. & McCarty, D. (1998). *Bridging the Gap Between Practice and Research: Forging Partnerships with Community-based Drug and Alcohol Treatment*. Washington, D.C: National Academy Press.

Marinelli-Casey, P., Domier, P. & Rawson, A. (2002). The gap between research and practice in substance abuse treatment. *Psychiatric Services*, 53 (8), 984–987.

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 (6), 505-512.

Miller, W. R. (1987). Behavioral alcohol treatment research advances. Barriers to utilization. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 9, 145 – 164.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: preparing people for change*. (2a ed.). New York: Guilford.

Mustaca, A. (2004). El ocaso de las escuelas de psicoterapia. *Revista Mexicana de Psicología*. 21 (2),105-118.

Pacheco, T. A. & Martínez, K. I. (2013). El arte de ser terapeuta. ¿Qué hace efectiva una intervención en el consumo de drogas? *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18 (1), 159-176.

Pascual, J., Frías, M., Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 87, 1-6.

Pérez-Álvarez, M. & Fernández, J. (2001) El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*. 13 (3) 523-529

Rogers, E. M. (1995). Diffusion of drug abuse prevention programs: Spontaneous diffusion, agenda setting, and reinvention. En T. E. Backer, S. L. David, & G. Soucy (Eds.), *Reviewing the behavioral science knowledge base on technology transfer*, 155, 90 – 105. Rockville, MD7 National Institute on Drug Abuse.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations*. Free Press, New York, N Y.

Salbach, N. M., Jaglal, S. B., Korner-Bitensky, N., Rappolt, S. & Davis, D. (2007). Practitioner and organizational barriers to Evidence-Based Practice of Physical Therapist for people with stroke. *Physical Therapy Journal*, 87, 10, 1284-99.

Schlosser, R.W. (2006). The role of systematic reviews in evidence-based practice, Research and development. *Technical Brief*, 15, 1-4.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Sobell, L. C. (1996). Bridging the gap between scientists and practitioners: The challenge before us. *Behavior Therapy*, 27, 297 – 320.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código ético del Psicólogo*. México, Editorial Trillas.

Squires, D. D. (2004). The research to treatment gap: Disseminating effective methods into practice. *Brown University Digest of Addiction Theory and Application*, 23, 8.

Squires, D. D., Gumbley, S. J. & Storti, S. A. (2007). Training substance abuse treatment organizations to adopt evidence-based practices: The Addiction Technology Transfer Center of New England Science to Service Laboratory. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 293 – 301.

Tasca, G. A., Sylvestre, J., Balfour, L., Chyurlia, L., Evans, J., Fortin-Langelier, B., et al. (2015). What clinicians want: findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy*, 52, 1–11.

Toche-Manley, L., Grissom, G., Dietzen, L., & Sangsland, S. (2011). Translating addictions research into evidence-based practice: The Polaris CD outcomes management system. *Addictive Behaviors*, 36, 601-607.

Véliz, M. I. (2014). Barreras del terapeuta en el uso de manuales: Transferencia del conocimiento para el tratamiento de adicciones. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Aguascalientes. México, Aguascalientes.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Vera-Villarroel, P. (2004) Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Liberabit. Revista de Psicología*. (10) 4-10.

Vezzoni, M. & Sgró, M. (2012). *Creencias de los Profesionales de Salud Mental en la Clínica de Adicciones y el impacto en la efectividad de los tratamientos*. (Informe de Universidad de Aconcagua. Mendoza, A. R. s.n.). Recuperado en: <http://www.mvezzoni.com/2015/03/creencias-de-los-profesionales-de-salud.html>

Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., Blachman, M., Dunville, R., & Saul, J. (2008). Bridging the Gap Between Prevention Research and Practice: The Interactive Systems Framework for Dissemination and Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 171-181.

Ybarra, J. L., Orozco L. A., Valencia, A. I. (2015). *Intervenciones con apoyo empírico: Herramientas fundamentales para el psicólogo clínico y de la salud*. México, D.F.: Manual Moderno.

## CONCLUSIÓN

Con este trabajo de tesis se espera fortalecer el conocimiento sobre la TT en las UNEME-CAPA del estado de Baja California, lo cual puede ayudar a sentar las bases para el desarrollo de estrategias que acerquen a los profesionales de la salud a los TBE. Entre los beneficios más sobresalientes del uso de estos tratamientos, está la mejora en los resultados de los usuarios, y por ende en su calidad de vida. Esta razón debería ser motivante para quienes están a cargo de atender la problemática del consumo de alcohol y drogas en la población que busca ayuda de un profesional para mejorar su condición de vida.

Para que haya éxito en el proceso de TT deben ser consideradas todas las personas que intervienen en la toma de decisiones sobre los tratamientos que se implementan en las instituciones, desde el funcionario federal hasta las autoridades regionales y locales y obviamente el profesional de la salud que está cara a cara con el usuario. El diseño de estrategias para promover los TBE, debe tener como punto neurálgico la comunicación bilateral, solo así se podrá conocer los puntos de vista de todos los involucrados y también las metas que se pretenden alcanzar, las razones y los beneficios que estos cambios traerán.

El reto es mayúsculo y seguramente no se logrará la meta completa en un corto plazo, sin embargo como primer paso debe comenzarse con la identificación de cada uno de los involucrados en el proceso de TT para establecer las tareas que le corresponden y para conocer el potencial humano con el que se cuenta para este trabajo.

ANEXO A

UARICHA

REVISTA DE PSICOLOGÍA



El Consejo Editorial de la revista UARICHA hace constar que el artículo

Transferencia Tecnológica en Psicología: el caso de los  
Centros de Atención Primaria de Adicciones del Estado de Baja California  
Technology Transfer in Psychology:  
The Case of Primary Care Addiction Centers at Baja California

Escrito por:

**Eunice Vargas Contreras, Azucena Mendoza Galindo  
Kalina Isela Martínez Martínez, Jennifer Lira Mandujano  
Roberto Oropeza Tena, Marcela Alejandra Tiburcio Sainz**

ha sido aceptado para ser publicado en el número 30 de la revista

Morelia, Michoacan, a 9 de Febrero de 2016

*Dr. Ferran Padrós Blázquez.*

## ANEXO B

### Guía para la entrevista

1. ¿Cómo fue que te incorporaste al área de adicciones?
2. ¿Qué te gusta del trabajo en el área de adicciones?
3. ¿Cuánto tiempo tienes en el área de adicciones?
4. ¿Tienes preferencia por alguna teoría psicológica?
5. ¿Qué actividades realizas a diario?
6. Menciona qué programas o tratamientos utilizas para trabajar con los usuarios/pacientes?
7. ¿Alguna vez te has sentido que NO cuentas con las herramientas suficientes para atender a tus pacientes? ¿Qué has hecho? ¿Dónde buscas? ¿Has buscado en internet? ¿Has consultado con otro experto? ¿Por qué? ¿Usas la opción que encontraste? ¿Es útil?
8. En qué otras ocasiones has buscado tratamientos? ¿En qué hora del día haces las búsquedas?
9. ¿Existen mecanismos de evaluación de las técnicas utilizadas en tu centro de trabajo? ¿Cómo saben las autoridades de tu trabajo sobre los resultados que obtienes en tu trabajo?
10. ¿Qué sucedería si en tu trabajo empleas otros modelos que NO son los que forman parte del programa de atención?
11. Si propusieras otras técnicas para atender a los usuarios, ¿qué crees que te dijeran en tu centro de trabajo?
12. En tu centro de trabajo, cuáles son las oportunidades de actualización?
  - ¿qué institución las respalda? ¿quién imparte los cursos?

13. ¿Has escuchado hablar de la Práctica con Base en la Evidencia? ¿Podieras explicármelo con tus propias palabras?

14. ¿Conoces los tratamientos que recomienda CENADIC? ¿Podrías mencionar algunos?



**ANEXO C****Formato para el procedimiento de jueceo**

Ensenada, Baja California, abril de 2014.

Estimado maestro:

A través de este conducto le solicitamos muy atentamente colaborar en el procedimiento de jueceo del instrumento de medición que será utilizado en el proyecto de tesis. El objetivo del cuestionario es evaluar los conocimientos, habilidades y autoeficiencia de terapeutas especialistas en adicciones.

Para tal propósito, se presenta un formato que le permitirá realizar observaciones sobre la claridad y redacción de los reactivos, así como cualquier modificación que considere necesaria.

Por último se le pide clasificar los reactivos de acuerdo a la dimensión que considere, tomando en cuenta la definición teórica.

De antemano agradecemos su colaboración.

Atentamente,

---

Mtra. Eunice Vargas Contreras

---

Dra. Kalina Isela Martínez Martínez

**INSTRUCCIONES PARA EL JUECEO**

A continuación se presenta el formato preliminar del instrumento con el objetivo de evaluar los reactivos sobre los conocimientos, habilidades y autoeficacia de terapeutas especialistas en adicciones. Por favor indique debajo de uno si es o no claro, así como cualquier observación sobre la redacción en el espacio correspondiente.

**Cuestionario para terapeutas especialistas en adicciones sobre la Práctica con Base en la Evidencia y la confianza para implementar los tratamientos**

**Primera parte: Instrucciones**

El objetivo del presente cuestionario es conocer a los actuales terapeutas especialistas en adicciones, a través de preguntas que exploran su formación profesional, el trabajo cotidiano y la autopercepción en cuanto a las habilidades y conocimientos de tratamientos para el consumo de sustancias adictivas se refiere. Cabe mencionar que no se trata de un examen, por lo que no hay respuestas correctas o incorrectas. Así que por favor te pedimos que contestes lo más honestamente posible, ya que la información recabada es anónima y confidencial.

¿Las instrucciones son claras? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

**Segunda parte: Formación académica y experiencia profesional**

**I. Datos generales**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Entidad federativa: \_\_\_\_\_

Observaciones:

**II. Instrucciones:** A continuación se presentan cuatro preguntas con respecto a tu formación académica y experiencia profesional. Por favor contesta lo que corresponda a tu situación escribiendo una "X" sobre la línea.

¿Las instrucciones son claras? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Observaciones:

\_\_\_\_\_

**1. Tiempo trabajando como psicólogo:**

Menos de 1 año \_\_\_ Entre 1 y 5 años: \_\_\_ Entre 6 y 10 años: \_\_\_

Entre 11 y 15: \_\_\_ Más de 16: \_\_\_

¿El reactivo es claro? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Tiempo trabajando en el área de adicciones:**

Menos de 1 año \_\_\_ Entre 1 y 5 años: \_\_\_ Entre 6 y 10 años: \_\_\_

Entre 11 y 15: \_\_\_ Más de 16: \_\_\_

¿El reactivo es claro? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Grado académico obtenido:**

Licenciatura \_\_\_\_

Maestría \_\_\_\_ ¿En qué área? \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_ ¿En qué área? \_\_\_\_\_

Doctorado \_\_\_\_ ¿En qué área? \_\_\_\_\_

¿El reactivo es claro? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. ¿En qué corriente psicológica fundamenta su trabajo?**

Psicoanálisis \_\_\_\_ Gestalt \_\_\_\_ Terapia familiar sistémica \_\_\_\_

Conductual \_\_\_\_ Cognitivo \_\_\_\_ Cognitivo-conductual \_\_\_\_

Ecléctico \_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_

¿El reactivo es claro? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. ¿Cuántos cursos de capacitación has tomado en el último año?**

Entre 1 y 3 \_\_\_\_ Entre 4 y 6 \_\_\_\_ 7 o más \_\_\_\_

Por favor especifica el/los lugar/es en donde has recibido dichos cursos y las temáticas que se han abordado:

\_\_\_\_\_

¿El reactivo es claro? No\_\_\_ Sí\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**II. Instrucciones:** En la siguiente parte te pedimos que contestes subrayando la respuesta que mejor describa tu situación.

¿Las instrucciones son claras? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**1. Durante mi formación académica:**

- a. Nunca leí artículos científicos
- b. Rara vez leí artículos científicos
- c. A veces leí artículos científicos
- d. Leía artículos científicos y posteriormente los comentaba en clase
- e. Leía artículos científicos y posteriormente aplicaba los hallazgos en el área clínica

¿El reactivo es claro? No\_\_\_ Sí\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Durante el tiempo que he trabajado como terapeuta en adicciones:**

- a. Nunca he leído artículos sobre tratamientos en el área de las adicciones
- b. Rara vez leo artículos sobre tratamientos en el área de las adicciones
- c. A veces leo artículos sobre tratamientos en el área de las adicciones
- d. Leo artículos sobre tratamientos en el área de las adicciones y posteriormente los comento en mi trabajo
- e. Leo artículos sobre tratamientos en el área de las adicciones y posteriormente aplico sus hallazgos en el área clínica

¿El reactivo es claro? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Estás suscrito a revistas de investigación científica:**

Sí \_\_\_ No \_\_\_

En caso de que hayas contestado afirmativamente, señala a cuál o cuáles

\_\_\_\_\_

¿El reactivo es claro? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Realizas búsquedas de tratamientos en el área de las adicciones:**

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ En caso de que hayas contestado afirmativamente...

*A. Señala en dónde has realizado esas búsquedas:*

- i. En cualquier buscador comercial de Internet
- ii. A través de bases de datos bibliográficos
- iii. En bibliotecas universitarias
- iv. En librerías
- v. Otras, especificar cuáles: \_\_\_\_\_

*B. ¿Con qué frecuencia haces estas búsquedas?*

- i. Diario
- ii. Semanal
- iii. Mensual
- iv. Semestral
- v. Cuando me lo piden
- vi. Ante casos o problemas nuevos

¿El reactivo es claro? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

---

**Tercera parte: Capacitación que reciben los terapeutas, actitudes hacia a la Práctica con Base en la Evidencia, y las facilidades percibidas de parte de la institución de trabajo.**

**III. Instrucciones:** En esta sección encontrarás preguntas que exploran tu experiencia en las capacitaciones que recibes y las facilidades que te proporciona la institución en la que laboras para desempeñar tu trabajo. Recuerda que la información que nos proporciones es totalmente anónima y confidencial. Por favor utiliza la opción de respuesta que mejor describa tu percepción.

**TD** = Totalmente en desacuerdo      **DA** = De acuerdo

**D** = En desacuerdo      **TDA** = Totalmente de acuerdo

**I** = Inseguro

¿Las instrucciones son claras? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. En el ámbito de las adicciones, es fundamental que se utilicen solo los tratamientos que han mostrado ser eficaces en la investigación.

¿El reactivo es claro? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Cuando recibo capacitación en técnicas para trabajar con los usuarios, siento que limitan mi práctica diaria

¿El reactivo es claro? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. La ciencia no tiene aplicación en el trabajo clínico

¿El reactivo es claro? No\_\_\_ Sí \_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. He observado que al implementar las técnicas en las que me capacito, mejoran los resultados de mis usuarios

¿El reactivo es claro? No\_\_\_ Sí \_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Los terapeutas especialistas en adicciones deben guiar su trabajo bajo los principios de la ciencia

¿El reactivo es claro? No\_\_\_ Sí \_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Los terapeutas de las adicciones deben mantenerse actualizados en los tratamientos más efectivos

¿El reactivo es claro? No\_\_\_ Sí \_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. El trabajo con apoyo en la evidencia científica es impráctico para la labor diaria

¿El reactivo es claro? No\_\_\_ Sí \_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

8. Los hallazgos de la investigación científica pueden aplicarse en mi trabajo diario

¿El reactivo es claro? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

---

9. El trabajo en adicciones debe basarse en hallazgos de la investigación científica

¿El reactivo es claro? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

---

10. Para obtener resultados efectivos en el área de adicciones, se debe trabajar con apoyo en la evidencia científica

¿El reactivo es claro? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

---

11. Cuando tengo dudas sobre los procedimientos, cuento con la asesoría de un experto

¿El reactivo es claro? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

---

12. En mi trabajo cuento con supervisión de un experto

¿El reactivo es claro? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

---

13. En mi trabajo recibo retroalimentación de mi trabajo con usuarios

¿El reactivo es claro? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. En mi trabajo cuento con supervisión de mis casos

¿El reactivo es claro? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. En mi trabajo me alientan para la actualización permanente

¿El reactivo es claro? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. En mi trabajo me motivan para asistir a congresos científicos

¿El reactivo es claro? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. A partir de mi experiencia como terapeuta, he presentado trabajos de investigación en congresos científicos

¿El reactivo es claro? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. En mi trabajo me brindan los materiales que necesito para mi labor diaria

¿El reactivo es claro? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

---

19. Cuento con los insumos necesarios para dar el servicio a los usuarios

¿El reactivo es claro? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

---

20. Cuando recibo capacitación en tratamientos puedo implementar los conocimientos recibidos en mi trabajo

¿El reactivo es claro? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

---

**Cuarta parte: Autoeficacia de los terapeutas para implementar tratamientos con base en la evidencia.**

**Instrucciones:** A continuación encontrarás preguntas que se refieren a tu auto-percepción sobre tus conocimientos y habilidades para implementar los tratamientos con base en la evidencia científica. Por favor, utilice las siguientes opciones de respuesta.

**TD** = Totalmente en desacuerdo

**DA** = De acuerdo

**D** = En desacuerdo

**TDA** = Totalmente de acuerdo

**I** = Inseguro

¿Las instrucciones son claras? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

1. Me siento capaz de implementar las técnicas en las que me capacito

¿El reactivo es claro? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

2. Poseo las suficientes habilidades para implementar en mi trabajo las técnicas en las que me capacito

¿El reactivo es claro? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

3. Considero que en mi trabajo puedo implementar las técnicas en las que me capacito

¿El reactivo es claro? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Me siento capaz para analizar la información que leo sobre tratamientos en el área de adicciones

¿El reactivo es claro? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Soy capaz de encontrar información relevante sobre tratamientos con evidencia científica

¿El reactivo es claro? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Me considero igual o más capaz que mis compañeros para implementar los tratamientos con base en la evidencia

¿El reactivo es claro? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES PARA LA SEGUNDA PARTE DEL JUECEO**

A continuación se presentan dos de las secciones que componen el instrumento. En cada una debe clasificar los reactivos de acuerdo a la dimensión a la que pertenecen, colocando frente al reactivo la letra de la dimensión a la que pertenecen, considerando su definición.

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
A) Conocimientos	Se refiere a los saberes que posee el terapeuta especialista en adicciones sobre la Práctica con Base en la Evidencia.
B) Actitudes	Se relaciona con la opinión de los terapeutas sobre la viabilidad de los Tratamientos con Base en la Evidencia en su centro de trabajo.
C) Infraestructura	Se refiere a las facilidades que ofrece la institución de trabajo para desarrollar el trabajo del terapeuta.
D) Autoeficacia	Se define como la percepción del propio terapeuta especialista en adicciones sobre las capacidades que posee para implementar los tratamientos con base en la evidencia.

<b>REACTIVO</b>	<b>DIMENSIÓN</b>
1. En el ámbito de las adicciones, es fundamental que se utilicen solo los tratamientos que han mostrado ser eficaces en la investigación.	
2. Cuando recibo capacitación en técnicas para trabajar con los usuarios, siento que limitan mi práctica diaria	
3. La ciencia no tiene aplicación en el trabajo clínico	
4. He observado que al implementar las técnicas en las que me capacito, mejoran los resultados de mis usuarios	
5. Los terapeutas especialistas en adicciones deben guiar su trabajo bajo los principios de la ciencia	
6. Los terapeutas de las adicciones deben mantenerse actualizados en los tratamientos más efectivos	

REACTIVO	DIMENSIÓN
7. El trabajo con apoyo en la evidencia científica es impráctico para la labor diaria	
8. Los hallazgos de la investigación científica pueden aplicarse en mi trabajo diario	
9. El trabajo en adicciones debe basarse en hallazgos de la investigación científica	
10. Para obtener resultados efectivos en el área de adicciones, se debe trabajar con apoyo en la evidencia científica	
11. Cuando tengo dudas sobre los procedimientos, cuento con la asesoría de un experto	
13. En mi trabajo cuento con supervisión de un experto	
14. En mi trabajo recibo retroalimentación de mi trabajo con usuarios	
16. En mi trabajo cuento con supervisión de mis casos	
18. En mi trabajo me alientan para la actualización permanente	
19. En mi trabajo me motivan para asistir a congresos científicos	
20. A partir de mi experiencia como terapeuta, he presentado trabajos de investigación en congresos científicos	
21. En mi trabajo me brindan los materiales que necesito para mi labor diaria	
22. Cuento con los insumos necesarios para dar el servicio a los usuarios	
23. Cuando recibo capacitación en tratamientos puedo implementar los conocimientos recibidos en mi trabajo	

	DIMENSIÓN
1. Me siento capaz de implementar las técnicas en las que me capacito	
2. Poseo las suficientes habilidades para implementar en mi trabajo las técnicas en las que me capacito	
3. Considero que en mi trabajo puedo implementar las técnicas en las que me capacito	
4. Me siento capaz para analizar la información que leo sobre tratamientos en el área de adicciones	
5. Soy capaz de encontrar información relevante sobre tratamientos con evidencia científica	
6. Me considero igual o más capaz que mis compañeros para implementar los tratamientos con base en la evidencia	

*Nuevamente ¡muchas gracias!*

**ANEXO D**

**UNEME-CAPA pertenecientes al IPEBC**

<b>MUNICIPIO</b>	<b>ZONA</b>	<b>DOMICILIO</b>
Ensenada	Zona Centro	Av. Floresta y Calle Tercera, Local No. 15 Plaza Elva 321, Colonia Obrera. C.P. 22830.
	Chapultepec	Av. Francisco Chávez Negrete y Calle Cerrada Sin Número, Delegación de Chapultepec. C.P. 22785.
	El Sauzal	Calle Crisantemo entre Calle Segunda y Bugambilia Sin Número, Delegación de El Sauzal. C.P. 22760
	Maneadero	Calle Tijuana y Carretera Transpeninsular Km. 20 Sin Número, Delegación de Maneadero (Parte Alta). C.P. 22790.
	Vicente Guerrero	Av. Santo Domingo y Av. Vicente Guerrero Sin Número, Delegación Vicente Guerrero. C.P. 22920.
Tijuana	Zona Centro	Av. Quintana Roo Local No. 42 Sin Número, Zona Centro. C.P. 22000.
	Lomas Verdes	Calle Loma Bonita No.3, Colonia Lomas Verdes. C.P. 22127.
	Valle Verde	Av. Del Peñón Sin Número, Colonia Valle Verde. C.P. 22204.
	La Mesa Durango	Av. del Canal Sin Número, Colonia Mesa Durango. C.P. 22117.

MUNICIPIO	ZONA	DOMICILIO
Playas de Rosarito	Chula Vista	Calle Vista Panorámica Lote No. 1 Manzana 107 Sin Número, Colonia Chula Vista. C.P. 22710.
	Zona Centro	Av. Benito Juárez Interior No.14 Plaza La Costa 300, Zona Centro. C.P. 22710.
Tecate	Tecate	Domicilio: Av. Juárez y Río Balsas, Centro Comercial Victoria 719, ZonaCentro C.P. 21400.
Mexicali	Centro Cívico	Av. Pioneros Esquina con Blvd. Anáhuac 1162, Colonia Centro Cívico. C.P. 21000.
	González Ortega	Calle Río Nazas entre Octava y Séptima Sin Número, Colonia González Ortega. C.P. 21396.
	Orizaba	Av. España entre Birmania y Calle Ceilán Sin Número, Colonia Orizaba. C.P. 21160.
	Santoraes	Calzada Continente Europeo entre Arroyo Huatamote y Del Refugio Sin Número, Colonia Valle De Las Misiones. C.P. 21138.
	Ciprés	Av. Caoba y Calle Gardenias Sin Número, Colonia Ciprés. C.P. 21384.

**ANEXO E**

**Cuestionario para terapeutas especialistas en adicciones sobre la Práctica con Base en la Evidencia**

El objetivo del presente cuestionario es conocer la formación profesional, el trabajo cotidiano y la autopercepción de habilidades, conocimientos y confianza de los terapeutas especialistas en adicciones. Cabe mencionar que no se trata de un examen, por lo que no hay respuestas correctas o incorrectas. Además la información que nos proporcionas es anónima y confidencial. Por ello te pedimos que por favor contestes de la forma más honesta posible. Gracias de antemano por tu colaboración.

**I. Datos personales**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )  
 Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Puesto que desempeña: \_\_\_\_\_  
 Ciudad y municipio: \_\_\_\_\_ Entidad federativa: \_\_\_\_\_

**II. Instrucciones:** A continuación se presentan cinco preguntas con respecto a tu formación académica y experiencia profesional. Por favor contesta lo que corresponda a tu situación escribiendo una "X" sobre la línea.

**1. Tiempo trabajando como psicólogo clínico:**

Menos de 1 año \_\_\_ Entre 1 y 5 años: \_\_\_ Entre 6 y 10 años: \_\_\_  
 Entre 11 y 15: \_\_\_ Más de 16: \_\_\_\_\_

**2. Tiempo trabajando en el área de adicciones:**

Menos de 1 año \_\_\_ Entre 1 y 5 años: \_\_\_ Entre 6 y 10 años: \_\_\_  
 Entre 11 y 15: \_\_\_ Más de 16: \_\_\_\_\_

**3. Último grado académico obtenido:**

Licenciatura \_\_\_\_

Maestría \_\_\_\_ ¿En qué área? \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_ ¿En qué área? \_\_\_\_\_

Doctorado \_\_\_\_ ¿En qué área? \_\_\_\_\_

**4. ¿En qué corriente psicológica fundamenta su trabajo?**

Psicoanálisis \_\_\_\_ Gestalt \_\_\_\_ Terapia familiar sistémica \_\_\_\_

Conductual \_\_\_\_ Cognitivo \_\_\_\_ Cognitivo-conductual \_\_\_\_

Ecléctico \_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_

**5. ¿Cuántos cursos de capacitación has tomado en el último año?**

Entre 1 y 3 \_\_\_\_ Entre 4 y 6 \_\_\_\_ 7 o más \_\_\_\_ Por favor especifica el/los lugar/es en donde has recibido dichos cursos y las temáticas que se han abordado:

**6. Para ti cuál o cuáles son las mejores opciones para capacitarte sobre los tratamientos más novedosos en adicciones (puedes subrayar más de una opción):**

- a) En línea
- b) Presenciales
- c) Lecturas de artículos científicos
- D) Búsquedas en internet
- d) Otros

Por favor señala cuáles:

6. **¿Has asistido a congresos en el último año?** No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ En caso de que tu respuesta sea afirmativa, por favor especifica a cuáles asististe:

7. **¿Has presentado trabajos de investigación en congresos en el último año?** No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ En caso de que tu respuesta sea afirmativa, por favor especifica el o los nombres de tus trabajos presentados:

**III. Instrucciones:** En la siguiente parte te pedimos que contestes **SUBRAYANDO** la respuesta que mejor describa tu situación.

*Definición de artículo científico:* Es un documento cuyo objetivo es difundir de manera clara y precisa, en una extensión regular, los resultados de una investigación realizada sobre un área determinada del conocimiento. Generalmente, presenta los antecedentes de un estudio, su justificación, la metodología empleada, los resultados obtenidos, los alcances del trabajo y sugerencias para investigaciones posteriores relacionadas con la problemática abordada (Villamil, 2009).

**1. Durante mi formación académica (puedes marcar más de una opción):**

- a. Nunca leí artículos científicos
- b. Rara vez leí artículos científicos
- c. A veces leía artículos científicos
- d. La mayoría de las veces leía artículos científicos y posteriormente los comentaba en clase
- e. Leía artículos científicos y posteriormente aplicaba los hallazgos en el área clínica

**2. Durante el tiempo que he trabajado como terapeuta en adicciones (puedes marcar más de una opción):**

- a. Nunca he leído artículos científicos sobre tratamientos en el área de las adicciones
- b. Rara vez leo artículos científicos sobre tratamientos en el área de las adicciones

- c. A veces leo artículos científicos sobre tratamientos en el área de las adicciones
- d. Leo artículos científicos sobre tratamientos en el área de las adicciones y posteriormente los comento en mi trabajo
- e. Leo artículos científicos sobre tratamientos en el área de las adicciones y posteriormente aplico sus hallazgos en el área clínica

**3. Estás suscrito a revistas de artículos científicos:**

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

En caso de que hayas contestado afirmativamente, señala a cuál o cuáles

---

**4. Realizas búsquedas de tratamientos en el área de las adicciones:**

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ En caso de que hayas contestado afirmativamente...

*A. Señala en dónde has realizado esas búsquedas:*

- i. En cualquier buscador comercial de Internet
- ii. A través de bases de datos bibliográficos
- iii. En bibliotecas universitarias
- iv. En librerías
- v. Otras, especificar cuáles: \_\_\_\_\_

*B. ¿Con qué frecuencia haces estas búsquedas?*

- i. Diario
- ii. Semanal
- iii. Mensual
- iv. Semestral
- v. Cuando me lo piden
- vi. Ante casos o problemas nuevos

**IV. Instrucciones:** En la siguiente sección encontrarás preguntas que exploran tu experiencia en las capacitaciones que recibes y las facilidades que te proporciona la institución en la que laboras para desempeñar tu trabajo. Recuerda que la información que nos proporcionas es totalmente anónima y confidencial. Por favor marca con una "X", la opción de respuesta que mejor describa tu percepción que va de Totalmente en desacuerdo a Totalmente de acuerdo.

**TD** = Totalmente en desacuerdo

**DA** = De acuerdo

**TDA** = Totalmente de acuerdo

**D** = En desacuerdo

**I** = Inseguro

	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>I</b>	<b>DA</b>	<b>TDA</b>
1. Considero que en el ámbito de las adicciones, es fundamental que se utilicen solo los programas o tratamientos que <u>han comprobado resultados exitosos.</u>					
2. Las capacitaciones que recibo <u>sobre programas o tratamientos</u> para trabajar con los usuarios, siento que limitan mi práctica diaria.					
3. Creo que los programas o tratamientos que han sido <u>probados científicamente NO se ajustan a mi práctica diaria.</u>					
4. He observado que al implementar los <u>conocimientos teóricos</u> en los que me capacito, mejoran los resultados de mis usuarios.					
5. Cuando aplico los programas o tratamientos en los que me capacito, <u>mis usuarios presentan cambios en su patrón de consumo.</u>					
6. Los terapeutas especialistas en adicciones deben guiar su trabajo <u>con los programas o tratamientos que han sido comprobados científicamente.</u>					

	TD	D	I	DA	TDA
7. Los terapeutas especialistas en adicciones deben mantenerse actualizados en los programas o tratamientos que han sido comprobados científicamente					
8. Los programas o tratamientos que utilizo para trabajar <u>con los usuarios son congruentes con mi postura psicológica</u>					
9. Los programas o tratamientos en los que me he capacitado, <u>NO funcionan en mi práctica diaria</u>					
10. Los programas o tratamientos comprobados científicamente <u>sí se adaptan en mi trabajo diario.</u>					
11. El trabajo en adicciones <u>debe basarse en los tratamientos o programas probados científicamente.</u>					
12. Para obtener resultados efectivos en el área de adicciones, <u>se debe trabajar con apoyo en la comprobación científica.</u>					
13. <u>Por iniciativa propia</u> , frecuentemente busco opciones de capacitación para mantenerme actualizado.					
14. <u>Me capacito en programas o tratamientos novedosos cuando en mi trabajo me lo piden</u>					
15. Cuando tengo dudas sobre los programas o <u>tratamientos en los que me capacito</u> , cuento con la asesoría de un experto en adicciones.					
16. En mi trabajo cuento con supervisión de un experto <u>en el área de adicciones.</u>					
17. En mi trabajo recibo retroalimentación referente a mi labor con los usuarios.					

	TD	D	I	DA	TDA
18. En mi trabajo cuento con supervisión de mis casos.					
19. <u>En mi trabajo me alientan para que me actualice en los tratamientos que han mostrado resultados exitosos.</u>					
20. En mi trabajo me motivan para asistir a congresos especializados.					
21. En mi trabajo me motivan a presentar trabajos de investigación en congresos especializados.					
22. En mi trabajo me brindan los materiales que necesito para mi labor diaria.					
20. Cuento con los insumos necesarios para dar el servicio a los usuarios.					
23. Cuando recibo capacitación en tratamientos, puedo implementarlos en mi trabajo.					
24. Considero que en mi trabajo existen las condiciones necesarias para implementar <u>los conocimientos adquiridos en las capacitaciones recibidas.</u>					
25. Pienso que en mi trabajo me brindan las <u>facilidades necesarias para utilizar los programas o tratamientos en los que me he capacitado.</u>					
26. En mi trabajo utilizamos guías clínicas (manuales de procedimientos para aplicar los programas de tratamiento).					

**Instrucciones:** A continuación encontrarás afirmaciones que se refieren a tu auto-percepción sobre los conocimientos y habilidades que posees para implementar los tratamientos con base en la evidencia científica. Por favor, señala del 0 a 100 QUÉ TAN CAPAZ TE SIENTES PARA...

1. Implementar los programas o tratamientos en los que te has capacitado  
 0 \_\_\_\_\_ 100

2. Utilizar exitosamente los programas o tratamientos en los que te has capacitado  
 0 \_\_\_\_\_ 100

3. Analizar a profundidad la información que lees sobre tratamientos en el área de adicciones  
 0 \_\_\_\_\_ 100

4. Identificar información relevante sobre tratamientos probados científicamente.  
 0 \_\_\_\_\_ 100

5. Distinguir un tratamiento que ha sido comprobado científicamente de otro que no lo es  
 0 \_\_\_\_\_ 100

## ANEXO F

### Guía de presentación para el entrevistador

**Reminder!**

1. Presentarse por nombre e institución
2. Establecer el rapport
3. Entregar consentimiento informado
4. Entrevista
5. Cuestionario
6. Agradecer la participación
7. Entregar obsequio

**Presentación:** (entramos a la recepción, saludamos y le comentamos a la persona de recepción o encargada).

Buenas días, nosotros somos \_\_\_\_\_, de la Universidad Autónoma de Aguascalientes y de la UABC. Estamos aquí para realizar entrevistas a los terapeutas para conocer su experiencia.

Ya contamos con la autorización necesaria de la coordinación de adicciones. Hicimos una cita previamente para poder realizar la(s) entrevista(s) a los terapeutas este mismo día.

Se encontrará: \_\_\_\_(nombre del terapeuta)\_\_\_\_\_ para iniciar la entrevista?

**Entrevistadores:** (esperar el tiempo necesario al terapeuta, sin mostrar desesperación alguna. En lo que se espera revisar el material para realizar la entrevista: cuestionario, lápiz, borrador, sacapuntas, tabla o sujetador, agua, etc.)

Al encontrarse con el terapeuta, saludamos cordialmente y nos presentamos de nuevo. Después, le comentamos que la entrevista contiene preguntas sencillas y la duración de la entrevista es de 60 min aproximadamente y un cuestionario de 15 minutos.

Y esperamos indicaciones del terapeuta para ver si hay un lugar designado para la entrevista. (En el lugar designado para la entrevista, organizamos los materiales que utilizaremos y nos acomodamos en el espacio, tratando de que las sillas estén en “forma de L”)



## A la hora de la entrevista:

**Rapport:** ¿Qué estabas haciendo? (Mantener el rapport durante la entrevista)

- Recordar en todo momento el nombre del terapeuta.
- Sugerimos apagar celulares para evitar distracciones y que la entrevista se prolongue más.
- Ofrecer agua al entrevistado.
- Enfatizar en que la entrevista **NO** es evaluación.
- Tener a la vista el reloj para medir el tiempo.
- El material debe estar ordenado y disponible para su uso cuando sea requerido.
- Mencionar el objetivo de la investigación: conocer sobre todo **SU EXPERIENCIA**, su percepción sobre los tratamientos que maneja el terapeuta o el centro. Cómo percibe la práctica profesional en esta área.
- Hablar sobre la dimensión del estudio: “Se está realizando en B.C.”
- Garantizar la **confidencialidad** de la entrevista y **entregar formato de consentimiento**.
- Instalar la videocámara y solo grabe al entrevistador.

Mencionamos al terapeuta que en la entrevista no hay respuestas correctas o incorrectas, todo comentario es valioso. Y si llega a tener cualquier duda o pregunta puede hacerla.

"Me interesa platicar"

### Guía para la entrevista

1. ¿Cómo fue que te incorporaste al área de adicciones?
2. ¿Te gusta tu trabajo?
  - ¿Qué te gusta del trabajo en el área de adicciones?
  - ¿Qué no te gusta?
  - ¿Cómo te sientes en tu área de trabajo?
  - ¿por qué (si es un sentimiento de incomodidad)?
3. ¿Cuánto tiempo tienes trabajando en el área de adicciones?

4. ¿Tienes preferencia por alguna teoría psicológica?
5. ¿Qué actividades realizas a diario?
6. ¿Podrías decirme qué programas o tratamientos utilizas para trabajar con los usuarios/pacientes?
7. ¿Alguna vez, tus compañeros o tú se han sentido que NO cuentan con las herramientas suficientes para atender a los pacientes?
  - ¿Qué han hecho?
8. ¿Dónde buscas más herramientas para atender a tus pacientes?
  - ¿Has buscado en internet?
  - ¿Qué buscadores de internet utilizas?
  - ¿Cuándo buscas en internet utilizas palabras claves?
  - ¿Has consultado con otro experto? ¿Por qué?
  - ¿Ese experto es a fin al área que tu trabajas?
  - ¿Usas la opción que encontraste? ¿Te es útil?
9. ¿Cuánto tiempo dedicas a leer sobre el tema de adicciones?
  - ¿Qué haces con la información que encuentras?
10. ¿En qué otras ocasiones o situaciones has buscado tratamientos?
  - ¿En qué hora del día haces las búsquedas?

→ **Estamos a la mitad de la entrevista**

11. ¿Cuáles son los criterios que utilizas para discernir entre cuales programas, técnicas son efectivos o fidedignos y te de la pauta a utilizarlos?
12. ¿En la institución cuentan con programas de tratamientos ya establecidos?
  - ¿Qué piensas sobre estos programas?
13. ¿Existen mecanismos de evaluación de las técnicas utilizadas en tu centro de trabajo?
  - ¿qué piensas sobre los mecanismos de evaluación?
  - ¿Cómo saben las autoridades de tu trabajo sobre los resultados que obtienes en tu trabajo?

- ¿En tu trabajo cuentas con orientación de expertos sobre los casos de tus usuarios?
- ¿Qué piensas de la orientación que te brindan los expertos?
- ¿Recibes retroalimentación de los resultados que obtienes?

14. ¿Qué sucedería si en tu trabajo empleas otros modelos que NO son los que forman parte del programa de atención?

15. ¿Alguna vez alguien o tú han propuesto técnicas diferentes para atender a los usuarios?

- ¿Qué crees que les dijeran en su centro de trabajo?

16. En tu centro de trabajo, cuáles son las oportunidades de actualización?

- ¿Qué institución las respalda?
- ¿Quién imparte los cursos?
- ¿Qué piensas sobre este aspecto de capacitación?

17. ¿Has escuchado hablar de la Práctica con Base en la Evidencia?

- ¿Qué entiendes por ello?

18. Conoces algunos de estos tratamientos, el programa de atención breve para adolescentes, el programa de satisfactores cotidianos, el programa para consumidores de cocaína?

- ¿Los utilizas para la intervención con usuarios?
- ¿Qué piensas de estos programas?
- ¿Les harías alguna sugerencia o recomendación?

19. ¿Conoces los tratamientos que recomienda CENADIC?

- ¿Podrías mencionar algunos?
- ¿Qué piensas sobre estos programas?
- ¿Los utilizas en tu área de trabajo?

- **Entregar cuestionario y dar las instrucciones.**

**Cierre:** Al cierre de la entrevista preguntamos si tiene algún comentario más que añadir. Si no es así, estrechamos su mano y agradecemos por su colaboración a este estudio. Y por último, entregamos el presente al terapeuta.

**ANEXO G****Formato de consentimiento informado para participantes**

Yo \_\_\_\_\_ expreso que, una vez quedando satisfecho (a) con la explicación del objetivo y condiciones de mi participación en el estudio denominado “Factores que promueven la adopción de tratamientos con evidencia científica en terapeutas de centros de atención a las adicciones”, acepto libre y voluntariamente formar parte de la investigación.

Además manifiesto que acepto que se videograbé mi participación, en el entendido que el equipo de colaboradores mantendrá en cuidadoso resguardo la información que les brinde y además se le dará un manejo confidencial. Por lo que ni mi nombre ni ningún otro dato que me pueda identificar se revelará en algún momento.

Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier momento sin tener consecuencias por mi decisión.

Fecha: \_\_\_\_\_